

1. Abschnitt - Organisation

Geltungsbereich

§ 1. Diese Satzung gilt für die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse.

Sitz

§ 2. Sitz der Kasse ist 3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3.

Organe, Geschäftsführung und Vertretung

§ 3. Der Aufbau der Verwaltung der Kasse und ihre Organe sind insbesondere im 8. Teil Abschnitt I bis IV und IX des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) geregelt.

Informationsveranstaltungen (§ 453 Abs. 1 Z 3 ASVG)

§ 4. (1) Die Kasse hält zumindest zweimal jährlich Informationsveranstaltungen für Versicherte und Dienstgeber/innen ab.

(2) Informationsveranstaltungen können auch

1. für Arbeitnehmer/innen oder Arbeitgeber/innen getrennt,
2. für bestimmte Regionen des Zuständigkeitsbereichs der Kasse oder
3. für bestimmte Themenbereiche

abgehalten werden.

Verlautbarungen (§ 453 Abs. 1 Z 2 ASVG)

§ 5. (1) Die Satzung, die Krankenordnung, der Anhang zur Geschäftsordnung des Vorstandes (§ 456a Abs. 3 ASVG) und ihre Änderungen werden nach § 455 ASVG im Internet verlautbart.

(2) Andere amtliche Verlautbarungen, insbesondere solche, durch die Versicherten oder Dienstgebern/Dienstgeberinnen Verpflichtungen auferlegt werden, erfolgen ebenfalls im Internet.

Vorläufige Verfügung des Obmannes/der Obfrau (§ 453 Abs. 2 ASVG)

§ 6. (1) Angelegenheiten, die in den Wirkungsbereich der Generalversammlung oder des Vorstandes fallen, sind bei Gefahr im Verzug

1. zur Abwendung eines der Kasse drohenden Schadens oder
2. zur Sicherung eines der Kasse entgehenden Vorteils

vorläufig durch Verfügung des Obmannes/der Obfrau zu regeln, wenn der in Betracht kommende Verwaltungskörper nicht rechtzeitig zusammentreten kann.

(2) Die Verfügungen sind vom Obmann/von der Obfrau im Einvernehmen mit seinen/ihren Stellvertretern/Stellvertreterinnen zu treffen, bei ihrer Abwesenheit oder ihrer Verhinderung auch ohne deren Mitwirkung. In allen diesen Fällen hat der Obmann/die Obfrau die zuständigen Verwaltungskörper einzuberufen und von ihnen die nachträgliche Genehmigung einzuholen.

Büro

§ 7. (1) Die unmittelbare Durchführung der Aufgaben der Kasse obliegt dem Büro nach den Beschlüssen und Weisungen des Vorstandes.

(2) Der/Die leitende Angestellte hat für die ordnungsgemäße Durchführung der Bürogeschäfte und Weisungen (Abs. 1) durch die Dienstnehmer/innen der Kasse zu sorgen.

(3) Der/Die leitende Angestellte und dessen/deren Stellvertreter/in sind berechtigt, an den Sitzungen der Verwaltungskörper und ihrer Ausschüsse mit beratender Stimme teilzunehmen. Sie sind mit Ausnahme der ihre Person betreffenden Angelegenheiten für ihren Zuständigkeitsbereich berechtigt, an Prüfungen der Kontrollversammlung teilzunehmen. Mit Zustimmung der Vorsitzenden der Verwaltungskörper kann der/die leitende Angestellte auch andere Angestellte den Sitzungen der Verwaltungskörper beiziehen.

(4) Der/Die leitende Angestellte hat sich bei Gefahr im Verzug zunächst an den Obmann/die Obfrau zu wenden. Kann eine Weisung des Vorstandes oder eine Verfügung des Obmannes/der Obfrau bzw. seiner/ihrer Stellvertreter/innen nicht rechtzeitig eingeholt werden, hat der/die leitende Angestellte alles zu veranlassen, was zur Wahrung der Interessen der Kasse unumgänglich notwendig ist. Er/Sie hat darüber dem Obmann/der Obfrau unverzüglich zu berichten.

(5) Der/Die leitende Angestellte oder eine von ihm/ihr dazu ermächtigte Person ist berechtigt, alle für die Kasse einlangenden Sendungen entgegenzunehmen.

(6) Bei Abwesenheit oder Verhinderung des/der leitenden Angestellten gehen dessen/deren Rechte und Pflichten auf dessen/deren Stellvertreter/in über. Der Vorstand kann die Aufgaben des/der leitenden Angestellten und dessen/deren Stellvertreter/in zweckentsprechend verteilen. Abs. 2 wird davon nicht berührt.

Form rechtsverbindlicher Akte (§ 453 Abs. 1 Z 2 ASVG)

§ 8. (1) Schriftliche Ausfertigungen der Kasse in allen Angelegenheiten, die der Beschlussfassung

1. der Generalversammlung oder
2. des Vorstandes

bedürfen, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Obmann/von der Obfrau als auch vom/von der leitenden Angestellten unterzeichnet sein.

(2) Schriftliche Ausfertigungen der Kontrollversammlung müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom/von der Vorsitzenden der Kontroll-

versammlung als auch vom/von der leitenden Angestellten unterzeichnet sein.

(3) Schriftliche Ausfertigungen der Kasse in allen Angelegenheiten, in denen der Vorstand einzelne seiner Obliegenheiten

1. einem Ausschuss aus Mitgliedern der Generalversammlung oder
2. dem Obmann/der Obfrau

übertragen hat, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, sowohl vom Obmann/von der Obfrau als auch vom/von der leitenden Angestellten unterzeichnet sein.

(4) Schriftliche Ausfertigungen der Kasse in allen Angelegenheiten, in denen der Vorstand die Besorgung bestimmter laufender Angelegenheiten dem Büro der Kasse übertragen hat, müssen, um rechtsverbindlich zu sein, vom/von der leitenden Angestellten oder einem/einer von diesem/dieser beauftragten anderen Angestellten unterzeichnet sein, sofern die Ausfertigung nicht mittels elektronischer Datenverarbeitungsanlagen hergestellt wird.

Beirat

(§§ 440 ff., § 453 Abs. 1 Z 4 ASVG)

§ 9. (1) Bei der Kasse ist ein Beirat mit 18 Mitgliedern eingerichtet. Seine Zusammensetzung und das Verfahren zur Bestellung der Beiratsmitglieder ergeben sich aus den §§ 440c ff. ASVG und dieser Satzung. Der Beirat beschließt seine Geschäftsordnung selbst (§ 440 Abs. 4 ASVG).

(2) Verein nach den gesetzlichen Bestimmungen über den Beirat ist ein Verein, der nach dem Vereinsgesetz 2002 besteht.

Anmeldung zum Beirat

(§ 433 Abs. 1 Z 6, § 440c ASVG)

§ 10. (1) Die Zahl der Vereinsmitglieder, die nach Abs. 2 Z 2 bekannt zu geben ist, wird von der Kasse als Basis für das Bestellungsverfahren der einzelnen Vertreter/innen nach dem System d'Hondt herangezogen, wobei auch auf regionale, betriebliche oder wirtschaftliche Interessen der betroffenen Personengruppen Bedacht genommen wird.

(2) Die Vereine haben bei der Anmeldung zur Beiratsbestellung als Entscheidungsgrundlage für den Bestellungsbeschluss der Generalversammlung und als Beleg für die Qualität ihrer Vereinstätigkeit folgende Unterlagen vorzulegen:

1. die vollständigen Vereinsstatuten in der geltenden Fassung mit der Angabe,
 - a) ob und welche Zweigvereine (§ 1 Abs. 4 Vereinsgesetz 2002) oder Mitgliedsvereine bestehen und
 - b) ob der anmeldende Verein ein Zweigverein, Mitgliedsverein eines Dachverbandes oder ein Dachverband ist; der Name des Hauptvereines oder Dachverbandes ist zu nennen,
2. Angaben über die aktuelle Zahl der Personen, die vom Verein als Mitglieder (auch über Zweigvereine oder Mitgliedsvereine) im örtlichen Zuständigkeitsbereich der Kasse vertreten werden, getrennt nach den für den Beirat vorgesehenen Personenkreisen,
3. die Zustelladresse des Vereines sowie Name und Anschrift der vertretungsbefugten Personen,
4. Angaben, mit denen der Verein der Generalversammlung die Qualität seiner Vereinstätigkeit glaubhaft macht und entsprechende Unterlagen,
5. Angaben darüber, für welchen Personenkreis der Verein Vertreter/innen für den Beirat nominiert. Ein Verein kann auch Vertreter/innen für mehrere Personenkreise vorschlagen.

(3) Jeder Verein, auf dessen Vorschlag Beiratsmitglieder bestellt wurden, hat

6. Änderungen in den Vereinsstatuten,
7. Änderungen bei den vertretungsbefugten Personen und
8. Änderungen der Zustelladresse

unverzüglich der Kasse mitzuteilen. Solange der Verein keine Änderung der Zustelladresse bekannt gibt, können Mitteilungen der Kasse an die bisherige Adresse des Vereines gesandt werden.

Vertreter/innen der Vereine im Beirat

§ 11. (1) Der Verein hat der Kasse Namen und Anschrift jener Personen bekannt zu geben, die er als Mitglieder für den Beirat vorschlägt. Jeder Verein hat für jeden Personenkreis, für den er Beiratsmitglieder vorschlägt, die für diese Gruppe vorgesehene Mitgliederzahl zu nennen. Für jede Person ist gleichzeitig ein Stellvertreter/eine Stellvertreterin bekannt zu geben.

(2) Die Bestellung eines/einer Vertreters/Vertreterin in den Beirat gilt für die gesamte Funktionsperiode, solange keine Enthebung (§ 440d ASVG) erfolgt.

Allpartenservice der österreichischen Sozialversicherung (§ 321, § 361 Abs. 4 ASVG)

§ 12. (1) Die Kasse arbeitet mit den anderen Sozialversicherungsträgern im Rahmen des Allpartenservice der österreichischen Sozialversicherung zusammen.

(2) Die Kasse nimmt im gesetzlichen Rahmen fristwährend Anträge, Meldungen und Mitteilungen für andere Sozialversicherungsträger oder den Hauptverband entgegen.

2. Abschnitt - Versicherungs-, Melde- und Beitragswesen

Meldefrist (§ 471d ASVG)

§ 13. Die Frist für die vollständige Anmeldung sowie die Abmeldung fallweise beschäftigter Personen (§ 471b ASVG) hinsichtlich der innerhalb des Kalendermonates liegenden Beschäftigungstage beginnt mit dem Ende des Kalendermonates, in dem die Tätigkeit verrichtet wurde.

Beitragszeitraum (§ 44 Abs. 2 ASVG)

§ 14. Über den Gesetzeswortlaut hinaus wird keine zusätzliche Regelung getroffen.

Lohnsummenverfahren (§ 34 Abs. 2, § 58 Abs. 4 ASVG)

§ 15. Über den Gesetzeswortlaut hinaus wird keine zusätzliche Regelung getroffen.

Fälligkeit der allgemeinen Beiträge (§ 58 Abs. 1 ASVG)

§ 16. Über den Gesetzeswortlaut hinaus wird keine zusätzliche Regelung getroffen.

Fälligkeit der Sonderbeiträge (§ 58 Abs. 1 ASVG)

§ 17. (1) Sonderbeiträge (§ 54 ASVG) sind am letzten Tag des Kalendermonates fällig, in dem die Sonderzahlung fällig wurde. Wird die Sonderzahlung vor ihrer Fälligkeit ausgezahlt, sind die Sonderbeiträge am letzten Tag des Kalendermonates fällig, in dem die Sonderzahlung ausgezahlt worden ist.

(2) Werden die Sonderbeiträge von der Kasse vorgeschrieben, sind sie mit Ablauf des zweiten Werktages nach der Aufgabe der Beitragsvorschreibung zur Post bzw. mit dem Zeitpunkt der Zustellung durch Organe der Kasse fällig.

(3) Werden die Sonderzahlungen bei der Beitragsbemessung bereits durch Erhöhung der allgemeinen Beitragsgrundlage nach § 54 Abs. 2 ASVG berücksichtigt, sind die Sonderbeiträge gleichzeitig mit den allgemeinen Beiträgen fällig.

**Fälligkeit der Beiträge für
Selbstversicherte nach § 19a ASVG
(§ 78 Abs. 1 ASVG)**

§ 18. Die Beiträge für Selbstversicherte nach § 19a ASVG (Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung) sind zu Beginn des Kalendermonates fällig.

3. Abschnitt - Leistungsrecht

**Wartezeit für Selbstversicherte
(§ 124 Abs. 1 ASVG)**

§ 19. Selbstversicherte nach § 16 ASVG haben erst nach einer Wartezeit von sechs Monaten unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles Anspruch auf Kassenleistungen. Dies gilt nicht

1. für die Personen, die in § 16 Abs. 2 ASVG genannt sind, wenn ihre Beiträge von der Beitragsgrundlage nach § 76 Abs. 1 Z 2 erster Halbsatz ASVG (begünstigte Beitragsgrundlage für Studenten/Studentinnen) berechnet werden,
2. für die in § 16 Abs. 2a und 2b ASVG bezeichneten Personen sowie
3. für Personen, bei denen nach § 124 Abs. 2 ASVG das Erfordernis der Erfüllung der Wartezeit entfällt.

**Angehörige
(§ 123 Abs. 8, § 124 Abs. 1 ASVG)**

§ 20. Als Angehörige von Selbstversicherten nach § 16 ASVG gelten nur:

1. der Ehegatte/die Ehegattin bzw. der eingetragene Partner/die eingetragene Partnerin,
2. die Kinder (§ 123 Abs. 2 Z 2 bis 6 und Abs. 4 ASVG).

Bemessungsgrundlage (§ 125 Abs. 2 und 3 ASVG)

§ 21. (1) Bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage für Barleistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit ist für folgende Gruppen von Versicherten ein anderer Beitragszeitraum als jener nach § 125 Abs. 1 ASVG heranzuziehen:

1. Für gemäß § 5 Abs. 1 Z 2 ASVG nicht von der Vollversicherung ausgenommene geringfügig Beschäftigte der dem Ende des vollen Entgeltanspruches zuletzt vorangegangene Kalendermonat; kommt dieser Kalendermonat nicht in Betracht, tritt an seine Stelle der laufende Kalendermonat;
2. Für Versicherte, deren Dienstgeber/in das Entgelt für den dem Ende des vollen Entgeltanspruches zuletzt vorangegangenen Beitragszeitraum nicht ermitteln kann, der diesem vorangegangene Beitragszeitraum, wenn zwischen Dienstgeber/in und Kasse eine Vereinbarung abgeschlossen ist;
3. Für die dem Kollektivvertrag für landwirtschaftliche Wander(Saison)arbeiter/innen unterliegenden Dienstnehmer/innen die zuletzt vorangegangenen drei Kalendermonate;
4. Für die ganz oder teilweise gegen Akkordlohn beschäftigten Dienstnehmer/innen in Forstbetrieben, für die eine mehrere Monate umfassende Lohnzahlungsperiode gilt, der zuletzt vorangegangene Beitragszeitraum, wenn der Versicherungsfall am ersten Tag eines Beitragszeitraumes eingetreten ist, sonst der laufende Beitragszeitraum.

(2) Für Forstarbeiter/innen, für welche die Kasse mit dem Dienstgeber/der Dienstgeberin eine Vereinbarung abgeschlossen hat, wonach der Beitragszeitraum über ein Kalendermonat hinausgeht, wird bei der Ermittlung der Bemessungsgrundlage der laufende Beitragszeitraum, das ist der Zeitraum vom 1. Jänner des Kalenderjahres, in dem der Versicherungsfall eingetreten ist, bis zum Ablauf des Kalendermonates, in dem bis zum Monatsende volles Entgelt gebührt, herangezogen. Tritt der Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit im Jänner eines Jahres ein, so ist für die Ermittlung der vorläufigen Bemessungsgrundlage der vorangegangene Beitragszeitraum (das Vorjahr) heranzuziehen, sofern nicht im Jänner volles Entgelt gebührt.

(3) Der Zuschlag zur Bemessungsgrundlage nach § 125 Abs. 3 ASVG für die in einem Kalenderjahr gebührenden Sonderzahlungen beträgt 17 %, sofern die Sonderzahlungen nicht nach § 54 Abs. 2 ASVG mit einem einheitlichen Prozentsatz der allgemeinen Beitragsgrundlage der Berechnung des Sonderbeitrages zu Grunde gelegt werden. Der Zuschlag darf ein Sechstel der Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1 ASVG) nicht übersteigen.

**Bestätigung des Dienstgebers/der
Dienstgeberin über das Entgelt**
(§ 361 Abs. 3 ASVG)

§ 22. (1) Der/Die Dienstgeber/in hat für die Berechnung des Krankengeldes auf dem Formular „Arbeits- und Entgeltsbestätigung“ anzugeben:

1. die Personaldaten des/der Versicherten (Vor- und Familienname bzw. Nachname, Wohnadresse, Versicherungsnummer),
2. den Eintrittstag sowie den letzten Arbeitstag,
3. die zuletzt ausgeübte Tätigkeit,
4. den Grund der Arbeitseinstellung,
5. den Tag und die Art der Beendigung des Dienstverhältnisses,
6. den genauen Brutto-Geldbezug (einschließlich Trinkgelder, Provisionen usw.) in dem Beitragszeitraum, der dem Ende des vollen Entgeltanspruches zuletzt vorangegangen ist; kommt ein solcher Beitragszeitraum nicht in Betracht, ist der genaue Brutto-Geldbezug des laufenden Beitragszeitraums anzugeben,
7. die Sachbezüge,
8. den Anspruch auf Sonderzahlungen,
9. allenfalls die Leistung einer Kündigungsentschädigung oder einer Ersatzleistung für den Urlaub,
10. allenfalls, für welche Dauer und in welcher Höhe für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit volles Entgelt oder Teilentgelt über den letzten Arbeitstag hinaus weitergewährt wird,
11. die Dienstgeberkontonummer.

(2) Für die Berechnung des Wochengeldes gilt Abs. 1 mit der Abweichung, dass statt des Betrages nach Z 6 der gebührende Arbeitsverdienst der letzten 13 Wochen (der letzten drei Kalendermonate) vor dem Eintritt des Versicherungsfalles (§ 120 Z 3 ASVG), vermindert um die gesetzlichen Abzüge, zu melden ist.

Erstattung von Kosten der ärztlichen Hilfe (§ 131 Abs. 1 und 2 ASVG)

§ 23. (1) Bei Inanspruchnahme eines Nichtvertragsarztes/einer Nichtvertragsärztin (Wahlarztes/Wahlärztin) oder einer Wahl-Gruppenpraxis werden die Kosten für eine Ordination mit zwei Fünfteln der in Betracht kommenden pauschalierten Grundvergütung (Fallpauschale u. a.) herangezogen. Die Kostenerstattung darf im Kalendervierteljahr 80 % der in der Honorarordnung für einen vergleichbaren Vertragsarzt/eine vergleichbare Vertragsärztin oder eine vergleichbare Vertrags-Gruppenpraxis vorgesehenen Grundvergütung (Fallpauschale u. a.), zuzüglich 80 % der in der Honorarordnung vorgesehenen Zuschläge und Honorare für Einzelleistungen und Visiten, jedenfalls aber das Honorar, das dem Wahlarzt/der Wahlärztin oder der Wahl-Gruppenpraxis tatsächlich entrichtet wurde, nicht übersteigen.

Insoweit im Gesamtvertrag bzw. in der Honorarordnung für die Vertragsärzte/Vertragsärztinnen Verrechnungsbeschränkungen (z. B. Limitierungen, degressive Honorare usw.) vorgesehen sind, gelten diese auch für Wahlärzte/Wahlärztinnen und es erfolgt die Rückvergütung von Wahlarztrechnungen nach den im Anhang 7 festgelegten Euro-Werten.

(2) Existiert keine vergleichbare Vertrags-Gruppenpraxis, hat die Kasse einen Kostenzuschuss in der Höhe von 80 % der um 10 % verminderten in der Honorarordnung für einen vergleichbaren Vertragsarzt/eine vergleichbare Vertragsärztin vorgesehenen Vergütung zu erbringen.

Insoweit im Gesamtvertrag bzw. in der Honorarordnung für die Vertragsärzte/Vertragsärztinnen Verrechnungsbeschränkungen (z. B. Limitierungen, degressive Honorare usw.) vorgesehen sind, gelten diese auch für Wahl-Gruppenpraxen und es berechnet sich der Kostenzuschuss nach den im Anhang 8 festgelegten Euro-Werten.

(3) Die Kasse erstattet die Kosten der ärztlichen Hilfe, wenn die Voraussetzungen des § 37 der Krankenordnung erfüllt sind.

Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit (§ 131 Abs. 2 ASVG)

§ 24. Wenn der/die Versicherte durch einen Wahlarzt/eine Wahlärztin oder eine Wahl-Gruppenpraxis behandelt wird, werden der Beginn und das Ende einer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit nicht durch den Wahlarzt/die Wahlärztin oder die Wahl-Gruppenpraxis, sondern durch einen von der Kasse bestimmten Arzt/eine von der Kasse bestimmte Ärztin festgestellt. Der Anspruch des/der Versicherten auf Kostenerstattung für die Wahlarztbehandlung wird dadurch nicht berührt, auch dann nicht, wenn der/die von der Kasse bestimmte Arzt/Ärztin ein Vertragsarzt/eine Vertragsärztin oder ein Arzt/eine Ärztin in einer Vertrags-Gruppenpraxis ist.

Erste Hilfeleistung (§ 131 Abs. 3 ASVG)

§ 25. (1) Wenn bei Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen, die im Inland eingetreten sind, ein Vertragsarzt/eine Vertragsärztin (Vertragszahnarzt/Vertragszahnärztin), eine Vertrags-Gruppenpraxis, eine Vertragskrankenanstalt oder eine eigene Einrichtung der Kasse nicht rechtzeitig die notwendige Hilfe leisten konnte, erstattet die Kasse die tatsächlich erwachsenen Kosten der Behandlung durch einen Arzt/eine Ärztin, eine Gruppenpraxis bzw. eine Krankenanstalt. Diese Kostenerstattung wird aber höchstens bis zur Höhe der doppelten geltenden Tarifsätze für die Behandlung durch einen Vertragsarzt/eine Vertragsärztin, eine Vertrags-Gruppenpraxis oder eine Vertragseinrichtung (bei ambulanter Behandlung) bzw. bei Anstaltspflege (stationär oder tagesklinisch) bis zur Höhe des doppelten Pflegekostenzuschusses gemäß § 41 geleistet.

(2) Die notwendigen Transportkosten werden nach den entsprechenden vertraglich festgelegten Tarifsätzen erstattet. Besteht keine vertragliche Regelung, erfolgt die Erstattung in der Höhe der zuletzt in Geltung gestandenen Tarife bzw. leistet die Kasse in deren Ermangelung einen Zuschuss nach Anhang 11 Punkt I. zur Satzung. Im Falle der Beförderung durch ein Luftfahrzeug gilt § 47 Abs. 5 und 6.

(3) Die Kosten für Heilmittel, soweit sie mit oder ohne chefärztliche Bewilligung auf Rechnung der Kasse abgebar sind, werden in der tatsächlich erwachsenen Höhe erstattet, wobei die Rezeptgebühr abzuziehen ist.

**Kostenersatz für Anmelde- und
Registrierungskosten bei Organtransplantationen**
(§ 150a ASVG)

§ 26. Für eine notwendige Organtransplantation ersetzt die Kasse die volle Höhe der notwendigen Anmelde- und Registrierungskosten. Als Nachweis der Kostentragung hat der/die Antragsteller/in eine von der Einrichtung, die die Registrierung durchgeführt oder veranlasst hat, ausgestellte und saldierte Rechnung vorzulegen.

**Kostenerstattung für Leistungen, die der
ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind,
für medizinische Hauskrankenpflege
und für CT- und MR-Untersuchungen**
(§ 131 Abs. 1 und 2 ASVG)

§ 27. (1) Die Kasse erstattet die Kosten für Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind, für medizinische Hauskrankenpflege und für CT- und MR-Untersuchungen nur, wenn die Voraussetzungen des § 37 der Krankenordnung erfüllt sind.

(2) Insoweit in den vertraglichen Regelungen für Vertragsinstitute für physikalische Medizin Verrechnungsbeschränkungen (z. B. degressive Honorare) vorgesehen sind, gelten diese auch für Wahlinstitute für physikalische Medizin und es erfolgt die Rückvergütung von Rechnungen von Wahlinstituten für physikalische Medizin nach den im Anhang 9 festgelegten Euro-Werten.

(3) Insoweit in den vertraglichen Regelungen für Vertragsinstitute für die Erbringung von CT- und MR-Untersuchungen Verrechnungsbeschränkungen (z. B. degressive Honorare) vorgesehen sind, gelten diese auch für Wahlinstitute, die CT- und MR-Leistungen erbringen und in dem zum Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden Großgeräteplan ausgewiesen sind. Die Rückvergütung von Rechnungen von Wahlinstituten für CT- und MR-Untersuchungen erfolgt nach den im Anhang 10 festgelegten Euro-Werten.

Heilbehelfe
(§ 137 ASVG)

§ 28. (1) Die Kasse übernimmt die Kosten für notwendige Heilbehelfe

1. allgemein höchstens bis zum 3-fachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG),
2. für optische Heilbehelfe ausgenommen Z 3 bis zum 3-fachen der Höchstbeitragsgrundlage,
3. für Kontaktlinsen bis zum 1-fachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) pro Stück.

(2) Die Kasse übernimmt die Kosten der Instandsetzung notwendiger Heilbehelfe höchstens bis zum 3-fachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), wenn die Instandsetzung zweckentsprechend ist.

Satzungsmäßiges Krankengeld (§ 139 Abs. 2, § 141 Abs. 3 ASVG)

§ 29. (1) Die Kasse leistet bei Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit - ausgenommen für die nach § 122 Abs. 2 Z 2 bis 4 ASVG Anspruchsberechtigten - bei ein und demselben Versicherungsfall Krankengeld unter Beachtung des Abs. 2 bis zur Höchstdauer von 52 Wochen, wenn der/die Anspruchsberechtigte innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Eintritt des Versicherungsfalles mindestens 6 Monate in der Krankenversicherung versichert war.

(2) Über die Dauer von 26 Wochen hinaus wird das Krankengeld längstens bis zur Zustellung eines Bescheids oder eines Verständigungsschreibens über die Zuerkennung einer Pension (eines Vorschusses auf eine Pension) aus eigener Pensionsversicherung erbracht; fällt eine Pension aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit erst nach Zustellung des Bescheids oder Verständigungsschreibens an, weil der/die Versicherte die Tätigkeit, auf Grund welcher er/sie als invalid (berufsunfähig, dienstunfähig) gilt, nicht aufgegeben hat, wird das Krankengeld bis zum Ende des Kalendermonates geleistet, in dem die Pension angefallen ist, längstens jedoch bis zum Ende des auf die Zustellung des Bescheids oder Verständigungsschreibens folgenden Kalendermonates.

(3) Ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit wird das Krankengeld um 10 % der Bemessungsgrundlage (§ 125 Abs. 1 ASVG i. V. m. § 21 der Satzung) erhöht, wenn mindestens ein Angehöriger/eine Angehörige im Sinne des § 123 Abs. 2 Z 2 bis 6 oder Abs. 4 ASVG ohne eigenes Einkommen vorhanden ist und der/die Versicherte Alleinerzieher/in ist oder bei einer Ehe (Lebensgemeinschaft) der Ehegatte/die Ehegattin (der Lebensgefährte/die

Lebensgefährtin) kein eigenes Einkommen hat. Besteht über den 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit hinaus Anspruch auf Entgeltfortzahlung, so wird das Krankengeld erst ab dem Tag des gänzlichen Wegfalls des Entgeltanspruches erhöht.

Besonderes Krankengeld bei stationärem Aufenthalt (§ 139 Abs. 2b ASVG)

§ 30. Die Kasse leistet Personen,

1. deren Anspruch auf Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung während der Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt nach § 16 Abs. 1 lit. c des Arbeitslosenversicherungsgesetzes 1977 (BGBl. Nr. 609/1977 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 162/2015) ruht,
2. bei denen die Höchstdauer ihres Krankengeldanspruches (§ 139 Abs. 1 und 2 ASVG) abgelaufen ist und
3. bei denen mangels Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit nach § 139 Abs. 4 ASVG noch kein neuer Krankengeldanspruch entstanden ist,

Krankengeld in der zuletzt bezogenen Höhe für die Dauer notwendiger, unaufschiebbarer stationärer Aufenthalte (Krankenhaus- sowie Rehabilitationsaufenthalte im Anschlussheilverfahren).

Zahnbehandlung und Zahnersatz (§ 153 ASVG)

§ 31. (1) Die Zahnbehandlung und der unentbehrliche Zahnersatz werden von der Kasse im Umfang der Anhänge 1, 2, 3 und 5 Punkt II. geleistet.

(2) Unentbehrlicher Zahnersatz ist der Zahnersatz, der notwendig ist, um eine Gesundheitsstörung zu vermeiden oder zu beseitigen.

(3) Als unentbehrlicher Zahnersatz wird im Allgemeinen der abnehmbare Zahnersatz samt medizinisch notwendiger Halteelemente (Klammerzahnkrone) erbracht. Festsitzender Zahnersatz wird nur dann erbracht,

wenn ein abnehmbarer Zahnersatz aus medizinischen Gründen nicht möglich ist; dies ist insbesondere der Fall bei

1. Patienten/Patientinnen mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten,
2. Tumorpatienten/Tumorpatientinnen in der postoperativen Rehabilitation,
3. Patienten/Patientinnen nach polytraumatischen Kieferfrakturen in der posttraumatischen Rehabilitation,
4. Patienten/Patientinnen mit extremen Kieferrelationen (z. B. extreme Progenie, Prognathie, totale Atrophie des Kieferkammes),

die eine prothetische Versorgung mit abnehmbarem Zahnersatz nicht zulassen. Zum unentbehrlichen Zahnersatz gehört auch die notwendige Reparatur von unentbehrlichen Zahnersatzstücken. Für festsitzenden Zahnersatz ohne diese medizinische Notwendigkeit übernimmt die Kasse keine Kosten.

(4) Kronen, Brücken, gegossene Stiftaufbauten und Implantate gelten jedenfalls als festsitzender Zahnersatz.

(5) Kieferregulierungen, unentbehrlicher Zahnersatz (auch bei vorzeitiger Neuherstellung gemäß § 35 Abs. 3) oder Zuschüsse zu diesen Leistungen sowie Zuschüsse zu Leistungen der Zahnbehandlung gemäß § 32 Abs. 2 und Kostenerstattungen gemäß § 32 Abs. 3 zweiter Satz müssen - grundsätzlich vor Behandlungsbeginn - von der Kasse genehmigt werden. Dies gilt nicht für die Reparatur von kieferorthopädischen Apparaten und Zahnersatzstücken.

(6) Ein Zuschuss wird nicht geleistet, wenn für dieselbe Leistung bereits ein Zuschuss aus einer anderen gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen wurde.

(7) Kosten für die Behandlung durch Wahlzahnärzte/Wahlzahnärztinnen, zahnärztliche Wahl-Gruppenpraxen oder Wahleinrichtungen werden in der Höhe von 80 % des Betrages erstattet, der bei Inanspruchnahme des/der entsprechenden Vertragspartners/Vertragspartnerin von der Kasse aufzuwenden gewesen wäre, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Soweit zu einzelnen Leistungen lediglich Zuschüsse vorgesehen sind, werden für die Behandlung durch einen Wahlzahnarzt/eine Wahlzahnärztin, eine Wahl-Gruppenpraxis oder eine Wahleinrichtung die Zuschüsse in

der im Anhang 2 zur Satzung bestimmten Höhe geleistet, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

(8) Existiert keine entsprechende Vertrags-Gruppenpraxis, hat die Kasse einen Kostenzuschuss in der Höhe von 80 % der um 10 % verminderten in der Honorarordnung für einen vergleichbaren Vertragszahnarzt/eine vergleichbare Vertragszahnärztin vorgesehenen Vergütung zu erbringen.

(9) Die Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz werden von der Kasse nur für Arbeiten in allgemein körperverträglichem Material und einwandfreier Ausführung übernommen.

Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung

§ 32. (1) Konservierende Zahnbehandlung wird im Umfang des Anhangs 1 als Sachleistung (Vertragsleistung oder Kostenerstattung) erbracht. Ist die Leistung im Anhang 1 der Art nach vorgesehen, verlangt der/die Versicherte (Angehörige) aber aus anderen als in Abs. 2 angeführten Gründen (z. B. kosmetische Gründe) die Verwendung eines anderen einwandfreien haltbaren Materials, hat der/die Versicherte die Leistung selbst zu zahlen und die Kasse leistet einen Zuschuss im Ausmaß von 80 % des Vertragstarifes für die entsprechende Leistung nach Anhang 1.

(2) Insoweit im medizinisch begründeten Einzelfall (z. B. wegen nachgewiesener Allergien gegen Vertragsmaterialien) eine im Anhang 1 angeführte Leistung nicht erbracht werden kann, leistet die Kasse Zuschüsse nach Anhang 2. Die Kasse hat bei der Festsetzung der Höhe der Zuschüsse auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Kasse und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten Bedacht zu nehmen.

(3) Zahnmedizinische Leistungen, die über den Leistungsumfang der Anhänge 1 und 2 hinausgehen, werden von der Kasse im Umfang des Anhangs 3 nur insoweit erbracht, als sie in Vertragseinrichtungen vertraglich geregelt sind. Werden solche Leistungen in einer entsprechenden Wahl-einrichtung (selbstständiges Ambulatorium gemäß § 2 Abs. 1 Z 5 KAKuG) erbracht, leistet die Kasse eine Kostenerstattung in Höhe von 80 % des entsprechenden Vertragstarifes, wenn der/die Leistungserbringer/in dieselben Qualitätsvoraussetzungen (berufliche Qualifikation, apparative und personelle Ausstattung) wie die Vertragseinrichtung hat.

Kieferregulierungen (§ 153 ASVG)

§ 33. (1) Die Kasse erbringt Kieferregulierungen im Umfang des Anhanges 1 als Sachleistung (Vertragsleistung oder Kostenerstattung) bei nachstehenden Fehlbildungen, sofern nicht die Voraussetzungen für Leistungen nach § 34 oder § 39 erfüllt sind:

1. Hemmungsmisbildungen, insbesondere Spaltbildungen,
2. Unterzahl von drei benachbarten oder von vier und mehr Zähnen in einem Kiefer,
3. Überzahl von drei oder mehr Zähnen in einem Kiefer,
4. totale Nonokklusion,
5. extremer oberer Schmalkiefer mit ein- oder beidseitigem Kreuzbiss und gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss,
6. extremer Tiefbiss (insbesondere Deckbiss) mit traumatischem Einbiss im antagonistischen parodontalen Gebiet,
7. frontaler offener Biss mit Einschluss der ersten Prämolaren,
8. Progenie mit Mesialokklusion und Frontzahnstufe bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss,
9. extreme Frontzahnstufe bei Distalokklusion von mehr als einer Prämolarenbreite bei gestörter Nasenatmung sowie erschwertem Mundschluss,
10. Fehlbildungen, die in ihrer Bedeutung für den zu Behandelnden/ die zu Behandelnde den in Z 1 bis 9 genannten Anomalien entsprechen,
11. Fehlbildungen, bei denen kieferorthopädische Maßnahmen zur Behandlung von Krankheiten erforderlich sind, die ihrem Wesen nach zu anderen ärztlichen Fachgebieten gehören (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Neurologie, Psychotherapie).

Dabei sind vom/von der Versicherten (Angehörigen) Zuzahlungen in der im Anhang 5 festgesetzten Höhe zu entrichten.

(2) Wenn eine Sachleistung mangels einer Regelung im Vertrag mit den Zahnbehandlern/Zahnbehandlerinnen nicht möglich ist, leistet die Kasse einen Zuschuss. Für die Ermittlung der Höhe des Zuschusses ist vom Vertragstarif für die entsprechende Leistung nach Anhang 1 die Zuzahlung des/der Versicherten nach Anhang 5 abzuziehen; der Zuschuss für den Versicherten/die Versicherte beträgt dann 80 % dieses Betrages, höchstens jedoch die tatsächlichen Behandlungs(Reparatur)kosten.

(3) Können kieferorthopädische Fehlstellungen nach Abs. 1 Z 1 bis 11 oder andere Fehlstellungen durch kleine kieferorthopädische Behelfe kurzfristig behoben werden oder kann dadurch der Erfolg der vorangegangenen kieferorthopädischen Behandlung sichergestellt werden, wird an Stelle einer Kieferregulierung nach Abs. 1 ein Kostenzuschuss für diese kleinen kieferorthopädischen Behelfe nach Anhang 5 Punkt II. erbracht.

Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche (§ 153a ASVG)

§ 34. (1) Die Kasse erbringt die kieferorthopädische Beratung im Umfang des Anhanges 1 Punkt I. Pos.Nr. 1a als Sachleistung für Anspruchsberechtigte vor Vollendung des 18. Lebensjahres, frühestens, wenn beim Patienten/bei der Patientin die vier oberen und die vier unteren Schneidezähne zur Gänze durchgebrochen sind. Von der letztgenannten Voraussetzung kann im Einzelfall aus medizinisch zwingenden Gründen abgewichen werden. Die kieferorthopädische Beratung wird bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nur einmal erbracht.

(2) Die Kasse erbringt folgende Leistungen der Kieferorthopädie im Umfang des Anhanges 1 Punkt III. als Sachleistungen durch Vertragspartner/Vertragspartnerinnen oder in eigenen Einrichtungen der Kasse, wenn Behandlungsbedürftigkeit auf Grund einer erheblichen Zahn- und Kieferfehlstellung gegeben ist:

1. Feststellung des Grades nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN-Grad) bei Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 3
2. Interzeptive kieferorthopädische Behandlung bei Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 4
3. Kieferorthopädische Hauptbehandlung in der späten Phase des Wechselgebisses bei Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 5.

(3) Die Feststellung des IOTN-Grades wird für Anspruchsberechtigte nur ab Vollendung des 12. Lebensjahres längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres höchstens zweimal erbracht. Die zweite IOTN-Feststellung kann frühestens ein Jahr nach der erstmaligen Feststellung erfolgen. Die Kasse erbringt keine Leistung, wenn IOTN 1 und 2 vorliegt oder wenn für eine sonstige kieferorthopädische Leistung kein Anspruch auf Erbringung einer Leistung auf Grund des § 33 und Abs. 2 Z 1 besteht. Wird innerhalb eines Jahres nach der Feststellung des IOTN-Grades mit der Behandlung gemäß Abs. 5 durch denselben Leistungserbringer/dieselbe Leistungserbringerin begonnen, ist die Feststellung Bestandteil dieser Behandlung.

(4) Ziel der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung ist die frühe Korrektur von Zahnfehlstellungen, um eine möglichst normale Weiterentwicklung des Gebisses zu ermöglichen. Leistungen der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung werden erbracht, wenn

1. der Behandlungsbeginn (Abs. 7) in der Regel (bei nicht verzögerter Zahnentwicklung) vor Vollendung des 10. Lebensjahres liegt,
2. eine Zahn- oder Kieferfehlstellung nach dem IOTN-Grad 4 oder 5 gegeben ist und
3. eine der folgenden Indikationen vorliegt:
 - a) Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und andere kraniofaziale Anomalien,
 - b) skelettal offener Biss größer als 4 mm bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Frontzähne,
 - c) seitlich offener Biss ab 4 mm vertikalem Kauflächenabstand bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Seitenzähne,
 - d) ein- oder beidseitiger lateraler Kreuzbiss,
 - e) frontaler Kreuzbiss (progener Zwangsbiss),
 - f) bukkale Nonokklusion (ein- oder beidseitig),
 - g) progener Formenkreis mit frontalem Kreuzbiss bis 4 mm negative Frontzahnstufe,
 - h) Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 6 mm und myofunktionellen Problemen mit Verschlechterungstendenzen,

- i) Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 9 mm,
- j) Platzmangel in Stützzone > 4 mm. Ein Fall ist nicht in diese Gruppe einzustufen, wenn damit zu rechnen ist, dass ein noch nicht (oder außerhalb des Zahnbogens) durchgebrochener Zahn nach Reduzierung der Zahnzahl (Extraktionstherapie) spontan durchbricht und sich in den Zahnbogen einstellt.
- k) unterminierende Resorption von Milchzähnen durch 6-Jahr-Molaren,
- l) Tiefbiss/Deckbiss, sofern ein nachgewiesenes Trauma im antagonistischen Parodontium vorliegt,
- m) verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen (z. B. nach einer Colum-Fraktur).

Platzmangel im Frontzahnbereich während der frühen Wechselgebissphase oder Gingivakontakt der Zähne mit dem antagonistischen Parodont stellen dabei alleine noch keine Indikation für eine interzeptive kieferorthopädische Behandlung dar.

(5) Leistungen der kieferorthopädischen Hauptbehandlung in der späten Phase des Wechselgebisses werden erbracht, wenn:

1. der Behandlungsbeginn (Abs. 7) vor Vollendung des 18. Lebensjahres liegt,
2. vor Behandlungsbeginn und jedenfalls nach dem 30. Juni 2015 eine Zahn- oder Kieferfehlstellung nach dem IOTN-Grad 4 oder 5 gegeben ist,
3. die Behandlung zu einem Zeitpunkt erfolgt, zu dem in der Regel bei Behandlungsabschluss die Siebener regulär eingegliedert sind,
4. abgesehen von medizinisch begründeten Einzelfällen der Abschluss einer allfälligen interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung bei Behandlungsbeginn mindestens ein Jahr zurückliegt und
5. der Leistungserbringer/die Leistungserbringerin folgende Voraussetzungen erfüllt, welche der Kasse gegenüber nachgewiesen wurden:

- a) Ausbildung zum Fachzahnarzt/zur Fachzahnärztin für Kieferorthopädie (KFO) (mit entsprechender Ausbildung im EU-Inland und Ausland) oder
- b) dreijährige klinisch-universitäre Vollzeit-Ausbildung im Bereich KFO oder
- c) Nachweis der Befähigung nach den Richtlinien des Austrian Board of Orthodontists (ABO) oder European Board of Orthodontists (EBO) oder
- d) entsprechende postgraduale Ausbildung in der KFO (z. B. Master of Science) oder
- e) Habilitation im Bereich der Kieferorthopädie (KFO) oder
- f) Fortbildungsnachweis (Fortbildungsdiplom KFO der Österreichischen Zahnärztekammer) oder
- g) gleichwertige Ausbildung im EU-Inland bzw. Ausland

und 20 Multibracket-Behandlungsfälle, die in den letzten drei Jahren abgeschlossen wurden, bei denen eine Verbesserung durch die Behandlung von durchschnittlich mindestens 70 % nach dem Peer Assessment Rating Index (PAR-Index), bezogen auf all diese Fälle, bewirkt wurde. Diese Fälle müssen im Rahmen der selbstständigen Berufsausübung (§ 23 ZÄG) persönlich geplant, durchgeführt und dokumentiert worden sein.

Wird auf Wunsch des Patienten/der Patientin ein kieferorthopädischer Apparat unter ausschließlich kosmetischen Aspekten erstellt (z. B. linguale Versorgung, Keramikbrackets, zahnfarbene Bögen), werden für die kieferorthopädische Leistung in ihrer Gesamtheit von der Kasse keine Kosten übernommen.

(6) Leistungen nach den Abs. 4 und 5 werden nicht erbracht, wenn der/die Anspruchsberechtigte bereits kieferorthopädische Leistungen nach § 33 erhält. Abweichend davon gewährt die Kasse die für die Restbehandlungsdauer (in der Regel die Differenz aus drei Behandlungsjahren und der bereits erfolgten Behandlungszeit) in Frage kommenden Leistungen nach den Abs. 4 oder 5, wenn der/die Anspruchsberechtigte ab 1. Juli 2015 die Voraussetzungen für eine Leistung nach den Abs. 4 oder 5 erfüllt und der/die Anspruchsberechtigte einen entsprechenden Antrag gestellt hat.

(7) Als Behandlungsbeginn bei Leistungen nach den Abs. 4 und 5 gilt das Datum, zu dem erstmals durch den Kieferorthopäden/die Kieferorthopädin die erforderlichen Geräte für Leistungen nach dieser Bestimmung in den Mund des Patienten/der Patientin eingebracht werden. Die Behandlung gilt bei Leistungen nach Abs. 4 als beendet, wenn die in der Behandlungsplanung getroffenen Erfolgsannahmen eingetreten sind, außer dies ist aus zahnmedizinischer Sicht trotz zweckmäßiger Behandlung und zumutbarer Mitwirkung des Patienten/der Patientin nicht möglich. Die Behandlung gilt bei Leistungen nach Abs. 5 als beendet, sobald

1. eine Verbesserung des Ausgangszustandes von zumindest 70 % nach dem PAR-Index erreicht wird, außer dies ist aus zahnmedizinischer Sicht trotz zweckmäßiger Behandlung und zumutbarer Mitwirkung des Patienten/der Patientin nicht möglich, und
2. die geeigneten Retentionsmaßnahmen gesetzt wurden.

Zahnersatz
(§ 153 Abs. 2 ASVG)

§ 35. (1) Die Kasse erbringt den unentbehrlichen Zahnersatz, soweit nicht ein Anspruch

1. aus der gesetzlichen Unfallversicherung,
2. nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz 1957,
3. nach dem Heeresversorgungsgesetz oder Heeresentschädigungsgesetz,
4. nach dem Opferfürsorgegesetz,
5. nach dem Verbrechensofergesetz,
6. nach dem Impfschadengesetz oder
7. nach dem Strafvollzugsgesetz

besteht.

(2) Der unentbehrliche Zahnersatz wird im Umfang des Anhanges 1 als Sachleistung (Vertragsleistung oder Kostenerstattung) geleistet. Muss aus medizinischen Gründen (z. B. wegen nachgewiesener Allergie gegen

ein Vertragsmaterial) oder weil ein abnehmbarer Zahnersatz nicht anders Halt findet für die Herstellung eines unentbehrlichen Zahnersatzes ein Material oder ein besonderes Halteelement verwendet werden, das in den Verträgen nicht vorgesehen ist, leistet die Kasse für die Differenzkosten auf das höherwertige Material bzw. das Halteelement einen Zuschuss, dessen Höhe im Anhang 2 bestimmt ist. In anderen Fällen erbringt die Kasse für derartige Leistungen keinen Zuschuss.

(3) Hat die Kasse für ein Zahnersatzstück eine Leistung erbracht, wird eine Neuherstellung frühestens nach sechs Jahren geleistet, es sei denn, dass infolge notwendig gewordener Extraktionen oder anderer Veränderungen im Mund eine vorzeitige Neuherstellung notwendig wird. Für Reservestücke werden keine Kosten übernommen.

(4) Für verlorene oder nicht durch normalen Gebrauch beschädigte Zahnersatzstücke leistet die Kasse vor Ablauf der im Abs. 3 genannten Frist keinen Ersatz.

(5) Für unentbehrlichen Zahnersatz sind vom/von der Versicherten (Angehörigen) Zuzahlungen zu leisten. Die Höhe der Zuzahlungen ist im Anhang 4 zur Satzung festgesetzt. Für den aus medizinischen Gründen notwendigen feststehenden Zahnersatz (§ 31 Abs. 3 zweiter Satz) leistet die Kasse Zuschüsse, deren Höhe im Anhang 2 bestimmt wird. Die Kasse hat bei der Festsetzung der Höhe der Zuschüsse auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Kasse, das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten und auf die Höhe der Zuzahlungen bei einer allfälligen Sachleistungserbringung Bedacht zu nehmen.

Kostenerstattung im vertragslosen Zustand (§ 131a ASVG)

§ 36. Über den Gesetzeswortlaut hinaus wird keine zusätzliche Regelung getroffen.

Kostenerstattung bei Fehlen einer flächendeckenden Versorgung (§ 131 Abs. 6 ASVG)

§ 37. Über den Gesetzeswortlaut hinaus wird keine zusätzliche Regelung getroffen.

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen (§ 131b ASVG)

§ 38. (1) Stehen Vertragspartner/innen für

1. die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen (§ 135 Abs. 1 Z 1 bis 4 ASVG),
2. die medizinische Hauskrankenpflege (§ 151 ASVG),
3. die Versorgung mit Heilbehelfen oder Hilfsmitteln

auf Rechnung der Kasse nicht zur Verfügung, weil Verträge nicht zu Stande gekommen sind, leistet die Kasse Kostenzuschüsse nach der Regelung im Anhang 6 zur Satzung.

(2) Stehen Vertragspartner/Vertragspartnerinnen für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen auf Rechnung der Kasse nicht zur Verfügung, weil Verträge nicht zustande gekommen sind, leistet die Kasse Kostenzuschüsse nach den Regelungen der Abs. 3 bis 6.

(3) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen leistet die Kasse einen Kostenzuschuss in Höhe von 18.649,59 €, jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlich erwachsenen Kosten. Dies gilt mit Ausnahme von besonderen Einzelfällen für die Behandlung folgender Erkrankungen:

1. Melanome am Auge, die nicht für Brachytherapie mit Jod- oder Ruthenium-Applikatoren geeignet sind,
2. Chordome und Chondrosarkome der Schädelbasis,
3. Adenoid-zystische Speicheldrüsenkarzinome, wenn diese nicht operabel sind oder bei Vorliegen von makroskopischen Krankheitsrückständen nach einer Operation,
4. Pädiatrische Tumoren bei Patienten/Patientinnen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres sowie

5. Meningeome, wenn diese neurologische Symptome verursachen und durch neurochirurgische Maßnahmen ein hohes Risiko für zusätzliche Schädigungen zu befürchten ist.

(4) Für eine als Krankenbehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Kohlenstoffionen leistet die Kasse einen Kostenzuschuss in Höhe von 14.628,47 €, jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlich erwachsenen Kosten.

(5) Mit der Leistung des Kostenzuschusses nach den Abs. 2 bis 4 sind sämtliche mit dieser ambulanten Tumorbehandlung in Zusammenhang stehenden medizinischen Leistungen abgegolten. Falls eine derartige Therapie nicht abgeschlossen wird, ist der Kostenzuschuss entsprechend den tatsächlich erbrachten Therapieeinheiten zu aliquotieren.

(6) Bei Unterbleiben der von der Kasse bewilligten punktförmigen Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen leistet die Kasse für allfällige mit der ambulanten Tumorbehandlung in Zusammenhang stehende erbrachte medizinische Leistungen (wie Voruntersuchungen mittels Computertomographie) einen Kostenzuschuss in Höhe von 511,32 €, jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlich erwachsenen Kosten.

Kostenzuschuss bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung
(§ 153a Abs. 6 ASVG)

§ 39. (1) Stehen nicht oder nicht mehr genug Vertragspartner/Vertragspartnerinnen für die Gewährleistung einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung für Leistungen nach § 34 Abs. 2 Z 3 (Kieferorthopädische Hauptbehandlung) auf Rechnung der Kasse zur Verfügung (Nichtzustandekommen oder Wegfall des Gesamtvertrags nach § 343e ASVG), leistet die Kasse für die kieferorthopädische Hauptbehandlung bei Leistungsanbietern/Leistungsanbieterinnen, die keinen Sonder-Einzelvertrag nach § 343e Abs. 2 ASVG abgeschlossen haben, einen Kostenzuschuss nach der Regelung des Anhanges 5 Punkt III., wenn der/die Versicherte einen Kieferorthopäden/eine Kieferorthopädin in Anspruch genommen hat, der/die die in § 34 Abs. 5 Z 5 angeführten Ausbildungs- und Erfahrungsvoraussetzungen erfüllt, welche der Kasse gegenüber nachgewiesen wurden.

(2) Die Kasse erbringt den Kostenzuschuss erst nach Abschluss der kieferorthopädischen Hauptbehandlung. Die Kasse erbringt Teilbeträge nach § 41 Abs. 4 der Krankenordnung vor Abschluss der Behandlung, wenn die Kasse durch geeignete Maßnahmen, welche sachgerecht kundzutun sind, sichergestellt hat,

1. dass der Kieferorthopäde/die Kieferorthopädin die Voraussetzungen nach § 34 Abs. 5 Z 5 erfüllt,
2. die Behandlungsnotwendigkeiten nach § 34 Abs. 5 Z 1 bis 4 vorliegen und
3. der verwendete kieferorthopädische Apparat bzw. der Behandlungsplan einen Behandlungserfolg erwarten lassen.

(3) Ein Zuschuss wird nicht geleistet, wenn für dieselbe Leistung bereits ein Zuschuss oder eine Sachleistung (Kostenerstattung) von einem anderen Krankenversicherungsträger erbracht wurde.

Kostenzuschüsse bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit den Gruppenpraxen

§ 40. Stehen Vertragspartner/innen zur Erbringung von ärztlicher Hilfe durch Gruppenpraxen auf Grund des Fehlens von Verträgen mit den Gruppenpraxen nicht zur Verfügung, hat die Kasse einen Kostenzuschuss in der Höhe von 80 % der um 10 % verminderten in der Honorarordnung für einen vergleichbaren Vertragsarzt/eine vergleichbare Vertragsärztin vorgesehenen Vergütung zu erbringen.

Insoweit im Gesamtvertrag bzw. in der Honorarordnung für die Vertragsärzte/Vertragsärztinnen Verrechnungsbeschränkungen (z. B. Limitierungen, degressive Honorare usw.) vorgesehen sind, gelten diese auch bei der Erbringung von ärztlicher Hilfe durch Gruppenpraxen und es berechnet sich der Kostenzuschuss nach den im Anhang 8 festgelegten Euro-Werten.

Pflegekostenzuschuss bei Anstaltspflege in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird (§ 150 ASVG)

§ 41. (1) Hat der/die Versicherte (Angehörige) notwendige Anstaltspflege in einer Krankenanstalt (stationär oder tagesklinisch) in Anspruch

genommen, die nicht über Landesfonds finanziert wird und mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 Abs. 3 ASVG i. V. m. § 150 Abs. 2 ASVG besteht, erbringt die Kasse einen Pflegekostenzuschuss in Höhe des Pauschalbetrages von 228,07 € pro Tag der stationären Behandlung in einer Krankenanstalt oder pro tagesklinischer Leistung, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Die Pauschalbeträge verringern sich um 10 % für Angehörige, sofern nicht gemäß § 447f Abs. 7 Z 1 bis 4 ASVG davon abzusehen ist.

(2) Dies gilt entsprechend auch für die Anstaltspflege in einer ausländischen Krankenanstalt, sofern die Kasse keine volle Übernahme der Kosten im Voraus zugesichert hat.

Ambulanzkostenzuschuss bei Krankenbehandlung in einer Krankenanstalt, die nicht über Landesfonds finanziert wird (§ 131b ASVG)

§ 42. Hat der/die Versicherte (Angehörige) Krankenbehandlung ambulant in einer Krankenanstalt in Anspruch genommen, die nicht über Landesfonds finanziert wird und mit der keine diesbezügliche vertragliche Regelung besteht und besteht auch keine vertragliche Regelung mit einer anderen vergleichbaren Krankenanstalt, erbringt die Kasse einen Ambulanzkostenzuschuss von 27,54 € pro Quartal, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Dies gilt entsprechend auch für die ambulante Behandlung in einer ausländischen Krankenanstalt.

Hilfsmittel (§ 154 ASVG)

§ 43. (1) Die Kasse leistet für die Anschaffung eines notwendigen Hilfsmittels einen Zuschuss, wenn die Kosten höher sind als 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG). Der Zuschuss beträgt 90 % der Anschaffungskosten, höchstens jedoch

1. allgemein das 3-fache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG),
2. das 20-fache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) für Hilfsmittel, welche geeignet sind, die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen,

wobei vom/von der Versicherten (Angehörigen) jedenfalls 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) zu tragen sind.

(1a) Der Zuschuss für Krankenfahrstühle beträgt höchstens das 20-fache der Höchstbeitragsgrundlage, sofern keine Direktverrechnung gemäß Abs. 4 erfolgt.

(2) Für ständig benötigte Hilfsmittel, die nur einmal oder nur kurzfristig verwendet werden können und daher in der Regel mindestens einmal im Monat erneuert werden müssen, beträgt der Zuschuss 90 % der Anschaffungskosten, höchstens jedoch das 3-fache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG).

(3) Die Kasse übernimmt den Anteil des/der Versicherten (Angehörigen) gemäß Abs. 1 und 2, wenn die Voraussetzungen des § 137 Abs. 4 lit. a oder b ASVG zutreffen.

(4) Bestehen mit Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen Vereinbarungen zur Abgabe der notwendigen Hilfsmittel an den/die Versicherte/n (Angehörige/n), werden der Zuschuss oder die Anschaffungskosten nach Abs. 3 mit dem Vertragspartner/der Vertragspartnerin direkt verrechnet.

(5) Für die zweckentsprechende und wirtschaftliche Instandsetzung notwendiger Hilfsmittel beträgt der Zuschuss 90 % der Instandsetzungskosten, maximal jedoch das 3-fache der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG), sofern die Instandsetzungskosten höher sind als 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG). Vom/Von der Versicherten (Angehörigen) sind jedenfalls 20 % der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) zu tragen.

(6) Der Zuschuss für saugende Inkontinenzprodukte in Form von Windeln und Einlagen beträgt pro Quartal höchstens das 8-fache der Höchstbeitragsgrundlage, sofern keine Direktverrechnung gemäß Abs. 4 erfolgt.

Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit (§ 132c Abs. 3 ASVG)

§ 44. Die Kasse leistet nach Maßgabe der diesbezüglichen Verordnung des Bundesministers/der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen an Versicherte (Angehörige) einen Zuschuss von 4,00 € zu Impfungen (aktive Immunisierung) gegen Fröhsummer-Meningoencephalitis.

Der Zuschuss kann auch in der Form geleistet werden, dass die Kasse das Impferum zu einem um diesen Betrag reduzierten Preis zur Verfügung stellt.

**Berücksichtigung der Sonderzahlungen
bei der Bemessung des Wochengeldes**
(§ 162 Abs. 4 ASVG)

§ 45. Die auf die letzten drei Kalendermonate bzw. die letzten 13 Wochen entfallenden Sonderzahlungen sind bei der Bemessung des Wochengeldes dadurch zu berücksichtigen, dass der nach § 162 Abs. 3 ASVG ermittelte Nettoarbeitsverdienst um einen entsprechenden Prozentsatz erhöht wird, und zwar

1. bei Sonderzahlungen
bis zur Höhe eines Monatsbezuges bzw.
von 4 $\frac{1}{3}$ Wochenbezügen

um 14 %,

2. bei Sonderzahlungen

- a) von mehr als einem Monatsbezug bis zur Höhe von zwei Monatsbezügen bzw.

- b) von mehr als 4 $\frac{1}{3}$ Wochenbezügen bis zur Höhe von 8 $\frac{2}{3}$ Wochenbezügen

um 17 %,

3. bei Sonderzahlungen

- a) von mehr als zwei Monatsbezügen bzw.

- b) von mehr als 8 $\frac{2}{3}$ Wochenbezügen

um 21 %,

4. bei Sonderzahlungen
von gemäß § 471f ASVG Pflichtversicherten

um 17 %.

Reise(Fahrt)kosten (§ 135 ASVG)

§ 46. Die Kasse ersetzt keine Reise(Fahrt)kosten.

Transportkosten

(§ 135 Abs. 5 ASVG, § 144 Abs. 5 ASVG,
§ 153 Abs. 5 ASVG, § 154 Abs. 4 ASVG, § 154a Abs. 2 ASVG)

§ 47. (1) Die Kasse übernimmt Transportkosten, wenn ärztlich bescheinigt wird, dass der/die gehunfähig erkrankte Versicherte oder Angehörige auf Grund seines/ihrer körperlichen oder geistigen Zustandes kein öffentliches Verkehrsmittel (auch nicht mit einer Begleitperson) benutzen kann.

(2) Transportkosten werden nur für Beförderungen im Inland

1. zur Anstaltspflege in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt bzw. aus dieser Krankenanstalt in die Wohnung des/der Erkrankten,
2. bei aus medizinischen Gründen notwendiger Überstellung zur stationären Behandlung von einer Krankenanstalt in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt,
3. zur ambulanten Behandlung zum/zur nächstgelegenen geeigneten Vertragsarzt/Vertragsärztin (Vertragszahnarzt/Vertragszahnärztin), der nächstgelegenen geeigneten Vertrags-Gruppenpraxis oder zur nächstgelegenen geeigneten Einrichtung (Vertragseinrichtung) bzw. in die Wohnung des/der Erkrankten zurück,
4. zur körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln

in Höhe der vertraglich festgelegten Tarife übernommen. Wenn sich der/die Erkrankte im Zeitpunkt der notwendigen Beförderung vorübergehend nicht an seinem/ihrer Wohnsitz aufgehalten hat, übernimmt die Kasse die Kosten des Transportes von der Krankenanstalt in die Wohnung des/der Erkrankten bis zur Höhe der Kosten des Transportes von diesem Aufenthaltsort (Ereignis- oder Unfallsort) in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt. Gibt es keine vertraglich festgelegten Tarife, ersetzt die Kasse dem/der Versicherten Kosten in Höhe der zuletzt geltenden Tarife, sofern

im Anhang 11 Punkt II. zur Satzung kein anderer Kostenersatz festgelegt ist.

(3) Ein bodengebundener Transport erfolgt entweder als

1. Krankenförderung

Befördert werden Versicherte (Angehörige), die während der Fahrt und auf dem Weg zum und vom Fahrzeug (PKW) keiner Unterstützung durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin bedürfen. Der/Die Versicherte (Angehörige) kann mit einem Privat-PKW bzw. Lohnfuhrwerk (Taxi- bzw. Mietwagenunternehmen) befördert werden;

oder

2. Krankentransport

Transportiert werden Versicherte (Angehörige), die keine Notfallpatienten/Notfallpatientinnen sind und entweder

- a) auf dem Weg zum und vom Sanitätskraftwagen der Unterstützung durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin bedürfen und/oder die Möglichkeit des Bedarfs einer sanitätsdienstlichen Versorgung während der Fahrt gegeben ist. Der/Die Versicherte (Angehörige) kann in einem Behelfskrankentransportwagen (BKTW) transportiert werden, wobei der/die Sanitäter/Sanitäterin gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin ist (einfacher Krankentransport),

oder

- b) während des Transportes auf sanitätsdienstliche Versorgung angewiesen sind. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin, der/die nicht gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin ist. Der/Die Versicherte (Angehörige) wird grundsätzlich liegend oder sitzend in einem Tragsessel mit einem Krankentransportwagen (KTW) transportiert (qualifizierter Krankentransport);

oder

3. Rettungstransport

Transportiert werden Notfallpatienten/Notfallpatientinnen, die sich nicht in Lebensgefahr befinden, jedoch schwere gesundheitliche Schäden nicht ausgeschlossen werden können, wenn nicht unverzüglich qualifizierte sanitätsdienstliche Hilfe geleistet wird. Zur

Vermeidung weiterer Schäden ist der Transport mit einem Rettungstransportwagen (RTW) zur weiterführenden medizinischen Versorgung in eine geeignete Behandlungseinrichtung angezeigt. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin, der/die nicht gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin ist;

oder

4. Notarzttransport

Transportiert werden Notfallpatienten/Notfallpatientinnen, die sich in Lebensgefahr befinden und/oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, wenn sie am Notfallort nicht notärztlich versorgt werden. Lebensgefahr ist jedenfalls anzunehmen, wenn die Erkrankung im NACA-Score mit IV bis VI zu bewerten ist. Der/Die Versicherte (Angehörige) ist unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit mit dem Notarztwagen (NAW) in eine Krankenanstalt zu bringen. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch einen/eine Sanitäter/Sanitäterin und einen/eine Notarzt/Notärztin, wobei diese nicht gleichzeitig Einsatzfahrer/Einsatzfahrerin sind.

Die jeweilige Art des Transportes ist auf Grund des körperlichen oder geistigen Zustandes des/der Erkrankten ärztlich zu bescheinigen. Wird ein privates Kraftfahrzeug benützt, ersetzt die Kasse Kosten in Höhe des halben amtlichen Kilometergeldes.

(4) Die Kasse übernimmt die Kosten der notwendigen Beförderung mit einem Personenkraftwagen eines Taxi- bzw. Mietwagenunternehmens ausschließlich zur Dialyse-, Chemo- oder Strahlentherapie im Rahmen der vertraglich vereinbarten Tarifsätze, wenn ärztlich bescheinigt wird, dass der/die gehunfähig erkrankte Versicherte oder Angehörige auf Grund seines/ihrer körperlichen oder geistigen Zustandes kein öffentliches Verkehrsmittel (auch nicht mit einer Begleitperson) benutzen kann. Wird vom/von der Versicherten oder dessen/deren Angehörigen für einen derartigen Transport ein Personenkraftwagen eines Taxi- bzw. Mietwagenunternehmens benützt, das nicht von den bestehenden Verträgen mit der Kasse umfasst ist, werden die Kosten in Höhe des halben amtlichen Kilometergeldes, mindestens jedoch in Höhe von € 2,00, ersetzt.

(5) Die Kasse übernimmt die Kosten der Beförderung im Inland mit einem Luftfahrzeug in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt, wenn

1. eine Beförderung von Notfallpatienten/Notfallpatientinnen, die sich in Lebensgefahr befinden und/oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, wenn sie am Notfallort nicht notärztlich versorgt werden (Lebensgefahr ist jedenfalls anzunehmen, wenn die Erkrankung im NACA-Score mit IV bis VI zu bewerten ist), wegen der Dringlichkeit des Falles auf dem Landweg nicht zu verantworten wäre und
2. die medizinische Notwendigkeit des Lufttransportes
 - a) durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen und
 - b) diese Notwendigkeit von der Kasse anerkannt

worden ist.

(6) Die Höhe der zu übernehmenden Kosten richtet sich nach dem von der Kasse mit der Flugrettungsorganisation vereinbarten Tarif. Gibt es keine vertraglich festgelegten Tarife, ersetzt die Kasse dem/der Versicherten Kosten in folgender Höhe:

1. für Flugtransporte nach Verkehrsunfällen:
 - a) Primärtransporte pauschal: 1.821,97 €
 - b) Sekundärtransporte pauschal: 2.125,00 €
2. für Flugtransporte nach sonstigen Unfällen bzw. in Notfällen:
 - a) Primärtransporte pauschal: 948,27 €
 - b) Sekundärtransporte pauschal: 1.275,00 €
3. für Flugtransporte nach einem Unfall in Ausübung von Sport und Touristik am Berg, sofern der Flugtransport auch dann erforderlich wäre, wenn sich der Unfall im Tal ereignet hätte:
 - a) Primärtransporte pauschal: 894,93 €
 - b) Sekundärtransporte pauschal: 1.275,00 €

Die in Z 1 bis 3 angeführten Beträge sind um die anteilige Umsatzsteuer zu erhöhen, wenn in der Rechnung über die Leistung eine Umsatzsteuer ausgewiesen ist.

(7) Bei Inanspruchnahme einer Wahlkrankenanstalt, eines Wahlarztes/einer Wahlärztin, eines Wahlzahnarztes/einer Wahlzahnärztin, einer Wahl-Gruppenpraxis oder einer Wahleinrichtung gelten die Abs. 1 bis 4 mit der Maßgabe, dass die Transportkosten höchstens mit dem Betrag ersetzt werden, der bei Inanspruchnahme

1. der nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt,
2. der nächsterreichbaren eigenen Einrichtung oder Vertragseinrichtung,
3. des/der nächstgelegenen geeigneten Vertragsarztes/Vertragsärztin oder
4. der nächstgelegenen geeigneten Vertrags-Gruppenpraxis

zu ersetzen gewesen wäre.

(8) Die Kasse übernimmt die Transportkosten (auch Beförderung mit einem Luftfahrzeug) zur Anstaltspflege in die nächstgelegene geeignete ausländische Krankenanstalt bzw. aus dieser, wenn die Kasse nach inländischem Recht oder auf Grund zwischenstaatlicher Regelungen der Anstaltspflege im Ausland vorher zugestimmt hat. Die Kasse übernimmt die Kosten des Transportes aus der Krankenanstalt lediglich in der Höhe der fiktiven Kosten bis zum vorherigen Aufenthaltsort (Ereignis- oder Unfallort) im Ausland.

(9) Die Kasse übernimmt im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation die Transportkosten für die Beförderung

1. in eine Krankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient, bzw. aus dieser Krankenanstalt in die Wohnung des Rehabilitanden/der Rehabilitandin,
2. zur körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln

in Höhe der vertraglich festgelegten Tarife, wenn das Bruttoeinkommen des/der Versicherten die jeweils gültige monatliche Höchstbeitragsgrundlage (§ 45 Abs. 1 ASVG) nicht übersteigt.

Auszahlung von Leistungen (§ 104 ASVG)

§ 48. (1) Die Auszahlung der laufenden Geldleistungen wird für längstens vier Wochen betragende Zeiträume im Nachhinein vorgenommen.

(2) Rehabilitationsgeld (§ 143a ASVG) wird monatlich im Nachhinein am Ersten des Folgemonats ausbezahlt. Fällt der Auszahlungstermin der genannten Leistung auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, so wird diese Leistung so zeitgerecht angewiesen, dass sie an dem diesen Tagen vorhergehenden Werktag dem/der Leistungsbezieher/in zur Verfügung steht.

4. Abschnitt - Sonderbestimmungen

Ausweis für unständig beschäftigte Arbeiter/innen in der Land- und Forstwirtschaft (§ 465 ASVG)

§ 49. (1) Der Ausweis für unständig Beschäftigte wird mit dem von der Kasse aufgelegten Vordruck für einen Monat ausgestellt.

(2) Der Ausweis gilt auch am neuen Wohnort, wenn ein/e unständig Beschäftigte/r seinen/ihren Wohnort im Zuständigkeitsgebiet der Kasse wechselt. Die Übersiedlung ist aber der Kasse innerhalb von drei Tagen zu melden. Wenn die Übersiedlung die Zuständigkeit zu einer anderen Gebietskrankenkasse bewirkt, ist der alte Ausweis innerhalb von drei Tagen an die bisher zuständige Gebietskrankenkasse zurückzusenden und bei der nunmehr zuständigen Gebietskrankenkasse die Ausstellung eines neuen Ausweises zu verlangen.

(3) Der Ausweis wird eingezogen, wenn der/die unständig Beschäftigte länger als vier Wochen keine Beschäftigung nach § 462 ASVG ausübt. Der/Die Inhaber/in des Ausweises muss in diesem Fall den Ausweis der Kasse innerhalb von acht Tagen zurückgeben.

(4) Wenn ein/e unständig Beschäftigte/r

1. in den Bereich einer anderen Kasse übersiedelt,

2. die unständige Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgibt oder
3. für ihn/sie eine andere Kasse zuständig wird,

ist der Ausweis ebenfalls zurückzugeben (Abs. 3).

Beiträge für unständig Beschäftigte (§ 466 ASVG)

§ 50. Die Beiträge für unständig Beschäftigte werden nach Arbeitstagen berechnet. Sie sind vom/von der Dienstgeber/in zu entrichten. Als Beitragsgrundlage gilt ein Tagesarbeitsverdienst von 30,52 €.

Wartezeit für Mehrleistungen bei unständig Beschäftigten (§ 468 Abs. 1 ASVG, § 121 Abs. 4 ASVG)

§ 51. Satzungsmäßige Mehrleistungen und der unentbehrliche Zahnersatz werden von der Kasse erst geleistet, wenn eine Wartezeit von 26 Wochen innerhalb eines Zeitraumes von 52 Wochen unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles erfüllt ist.

Bemessungsgrundlage für unständig Beschäftigte (§ 468 Abs. 6 ASVG)

§ 52. Als Grundlage für die Berechnung der Barleistungen aus der Krankenversicherung für unständig Beschäftigte gilt ein Tagesverdienst von 11,63 €.

5. Abschnitt - Schlussbestimmungen

Wirksamkeitsbeginn

§ 53. (1) Mit Ausnahme der Anhänge 9 und 10 tritt die Satzung 2016 gemäß § 31 Abs. 9a ASVG mit Ablauf des Tages ihrer Kundmachung im Internet in Kraft.

(2) Die Neufassung der Anhänge 9 und 10 tritt mit 1. September 2016 in Kraft.

(3) Gleichzeitig wird die bisher geltende Satzung, kundgemacht im Internet unter avsv Nr. 166/2011 (Stammfassung) in der Fassung der Änderungen:

1. avsv Nr. 35/2012
2. avsv Nr. 94/2012
3. avsv Nr. 39/2013
4. avsv Nr. 83/2013
5. avsv Nr. 56/2014
6. avsv Nr. 57/2014
7. avsv Nr. 117/2014
8. avsv Nr. 45/2015
9. avsv Nr. 103/2015
10. avsv Nr. 193/2015
11. avsv Nr. 46/2016
12. avsv Nr. 103/2016

aufgehoben.

(4) Die aufgehobene Satzung ist jedoch auf eingetretene Versicherungsfälle sowie bereits geltend gemachte Leistungsansprüche, die vor ihrer Aufhebung verwirklicht wurden, weiterhin anzuwenden.

Wirksamkeitsbeginn der 1. Änderung

§ 54. (1) Die Änderung des § 35 Abs. 1 Z 3 tritt rückwirkend mit 1. Juli 2016 in Kraft.

(2) Die Änderung des § 34 Abs. 4 Z 3 lit. j tritt rückwirkend mit 20. Juli 2016 in Kraft.

(3) Die Änderungen des § 7 Abs. 5, § 38, § 41 Abs. 1, § 44 erster Satz und § 48 sowie die Änderung der Überschrift des Anhanges 6 treten rückwirkend mit 1. Jänner 2017 in Kraft.

(4) Die Neufassung der Anhänge 7 und 8 tritt mit 1. Juli 2017 in Kraft.

(5) Die bisher geltende Fassung der geänderten Bestimmungen ist auf Sachverhalte, die vor dem Inkrafttreten der Änderung verwirklicht wurden, weiterhin anzuwenden.

Wirksamkeitsbeginn der 2. Änderung

§ 55. (1) Die 2. Änderung der Satzung 2016 tritt mit Ausnahme der Neufassung der Anhänge 9 und 10 mit 1. Oktober 2017 in Kraft.

(2) Die Neufassung der Anhänge 9 und 10 tritt mit 1. September 2017 in Kraft.

(3) Die bisher geltende Fassung der geänderten Bestimmungen ist auf Sachverhalte, die vor dem Inkrafttreten der Änderung verwirklicht wurden, weiterhin anzuwenden.

**Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung
Kieferorthopädische Behandlung
Prothetische Zahnbehandlung**

Folgende Leistungen werden entsprechend der Honorarordnung für Vertragsfachärzte/Vertragsfachärztinnen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bzw. Vertragszahnärzte/Vertragszahnärztinnen als Sachleistung erbracht:

**I. Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung
gemäß § 32 Abs. 1**

Pos.Nr.	Leistung
1	Beratung
1a	Kieferorthopädische Beratung gemäß § 34 Abs. 1 Diese umfasst folgende Leistungen: a) Ersteinschätzung über die Notwendigkeit, Art und Dauer der KFO-Behandlung, b) Information über den Ablauf einer KFO-Behandlung, c) Information über die Art und Notwendigkeit der Mitwirkung (Compliance) des Patienten/der Patientin, d) Information über Vor- und Nachteile einer KFO-Behandlung.
2	Extraktion eines Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
3	Anästhesie einschließlich Injektionsmittel bei Vitalexstirpation und Vitalamputation sowie in Ausnahmefällen mit Begründung
4	Visite
5	Hilfeleistung bei Ohnmacht und Kollaps

Pos.Nr.	Leistung
6	Einflächenfüllung (einschließlich Unterlage)
7	Zweiflächenfüllung (einschließlich Unterlage)
8	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang (einschließlich Unterlage)
9	Aufbau mit Höckerdeckung
61	Einflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)
71	Zweiflächenfüllung mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)
81	Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung im Zusammenhang mit Komposite oder ähnlichen Materialien mit Säureadhäsivtechnik (einschließlich Unterlage)
10	Eckenaufbau bzw. Aufbau einer Schneidekante an Front- und Eckzähnen, pro Zahn
11	Stiftverankerung
12	WB-Amputation
13	WB-Exstirpation einkanalg
14	WB-Exstirpation zweikanalg
15	WB-Exstirpation dreikanalg
16	WB-unvollendete (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen
17	Nachbehandlung nach blutigen Eingriffen (Tamponentfernung, Nahtentfernung, Wundbehandlung u. ä.), in gesonderter Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant
18	Blutstillung durch Tamponade, in gesonderter Sitzung pro Ereignis
19	Behandlung empfindlicher Zahnhälse, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Behandlungsfall
20	Zahnsteinentfernung
21	Einschleifen des natürlichen Gebisses (pro Sitzung), bis zu drei Sitzungen
22	Wiedereinzementierung oder Abnahme technischer Arbeiten (pro Pfeilerstelle)

Pos.Nr.	Leistung
23	Bestrahlung (bei Periostitis, nach blutigen Eingriffen u. ä.) unter besonderer Beachtung des § 10 Abs. 2 und 4 des Gesamtvertrages, pro Sitzung, bis zu drei Sitzungen pro Quadrant
24	Zahnröntgen
25	Panoramaröntgen
26	Stomatitisbehandlung (pro Sitzung)
27	Entfernung eines retinierten Zahnes inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
28	Zystenoperation (nicht gleichzuhalten einer Zysten- auskratzung durch die Alveole im Anschluss an eine Zahnextraktion) inklusive Anästhesie und Injektions- mittel sowie allfälliger Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung
29	Wurzelspitzenresektion inklusive Anästhesie und In- jektionsmittel
30	Operative Entfernung eines Zahnes inklusive Anästhe- sie und Injektionsmittel
31	Operation kleiner Geschwülste inklusive Anästhesie und Injektionsmittel sowie allfälliger Einsendung des Materials zur histologischen Untersuchung
32	Incision eines Abszesses inklusive Anästhesie und In- jektionsmittel
33	Kieferkammkorrektur oder chirurgische Wundrevision bei dolor post oder operative Sequesterentfernung in begründeten Fällen, pro Quadrant, inklusive Anästhe- sie und Injektionsmittel
34	Entfernung von Schleimhautwucherungen und chirur- gische Taschenabtragung innerhalb eines Quadranten inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
35	Blutstillung durch Naht innerhalb eines Quadranten in- klusive Anästhesie und Injektionsmittel (kann in dersel- ben Sitzung nicht neben den Positionen 27 bis 30 und 36 bis 39 verrechnet werden)
36	Trepanation eines Kieferknochens (Lüftung) inklusive Anästhesie und Injektionsmittel

Pos.Nr.	Leistung
37	Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
38	Beseitigung eines Schlotterkammes pro Quadrant inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
39	Plastische Lippen-, Wangen- oder Zungenbändchenoperation inklusive Anästhesie und Injektionsmittel
40	Kurz(Rausch)narkose exklusive Narkosemittel
41	Therapeutische Injektion subcutan, intramusculär bzw. intravenös (exklusive Arznei)

II. Kieferorthopädische Behandlung gemäß § 33 Abs. 1

1. Kieferorthopädische Behandlungen

auf der Basis abnehmbarer Geräte pro Behandlungsjahr

2. Reparaturen an abnehmbaren kieferorthopädischen Apparaten

- a) Bruch oder Sprung am Kunststoffkörper, Ersatz eines einfachen Drahtelementes
- b) Unterfütterung oder Erweiterung eines therapeutisch ausgeschöpften Apparates
- c) Reparatur eines Labialbogens, Ersatz einer Dehnschraube

III. Interzeptive kieferorthopädische Behandlung gemäß § 34 Abs. 2 Z 2, kieferorthopädische Hauptbehandlung gemäß § 34 Abs. 2 Z 3

1. Interzeptive kieferorthopädische Behandlung gemäß § 34 Abs. 2 Z 2

Die Leistung der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung umfasst:

- a) eine kieferorthopädische Diagnose (dreidimensional getrimmte Modelle, Fotos intra- und extraoral, Panoramarröntgen; bei Verdacht auf skelettale Abweichungen auch laterales Fernröntgen),
- b) Behandlungsplanung inklusive Erfolgsannahme,

- c) die kieferorthopädische Behandlung,
- d) die Dokumentation zum Ende der interzeptiven Behandlung mit deren Ergebnis.

Hiezu gehört auch die einmalige Reparatur der Geräte, deren Ursache in der Sphäre des Patienten/der Patientin gelegen ist. Weitere Reparaturen sind auf Kosten der Kasse nur vorzunehmen, wenn diese einer Kostenübernahme zustimmt.

2. Kieferorthopädische Hauptbehandlung gemäß § 34 Abs. 2 Z 3

Die kieferorthopädische Hauptbehandlung umfasst:

A. Diagnostische Leistungen; dies sind:

- a) Behandlungsplanung,
- b) die klinische Inspektion der Mundhöhle und der Kiefer samt allenfalls notwendiger Überweisungen,
- c) Panoramaröntgen,
- d) laterales Fernröntgen,
- e) Fotos intra- und extraoral,
- f) Modelle,
- g) Bissregistrat,
- h) Analysen zur Sicherstellung des Behandlungserfolges.

B. Therapeutische Leistungen; dies sind:

- a) Therapie mit Metallbrackets, Bändern, Bogenfolgen und Gummizügen zur Sicherstellung des Behandlungserfolges,
- b) Information und Instruktion zur Handhabung der kieferorthopädischen Apparaturen und zur Einhaltung einer optimalen häuslichen Mundhygiene,
- c) erstmalige Anfertigung und Eingliederung von geeigneten Retainern zum Abschluss der Behandlung,
- d) chirurgische Eingriffe, die primär zur Verkürzung der Behandlung dienen,
- e) einmalige Verwendung von Non-Compliance-Geräten.

Hiezu gehören auch zwei Reparaturen der Geräte, deren Ursache in der Sphäre des Patienten/der Patientin gelegen ist. Weitere Reparaturen sind auf Kosten der Kasse nur vorzunehmen, wenn diese einer Kostenübernahme zustimmt.

turen sind auf Kosten der Kasse nur vorzunehmen, wenn diese einer Kostenübernahme zustimmt.

IV. Prothetische Zahnbehandlung (unentbehrlicher Zahnersatz) gemäß § 35 Abs. 2

1. Totale Kunststoffprothese als Dauerversorgung

2. Kunststoffprothesen – Neuherstellung

- a) Platte (jeder Größe)
- b) Zahn, pro Einheit
- c) Klammer (eine mehrarmige Klammer jedoch nur in einfacher Ausführung)
- d) Sauger

3. Reparaturen an Kunststoffprothesen

- a) Reparatur gesprungener oder gebrochener Platten, Wiederbefestigung je Zahn oder Klammer
- b) Ersatz eines Zahnes oder einer Klammer, Erweiterung um einen Zahn, Anbringung eines Saugers, künstliches Zahnfleisch ergänzen (Teilunterfütterung)
- c) Leistungen gemäß a) und b) gemeinsam bzw. zwei Leistungen gemäß a) oder b)
- d) Mehr als zwei Leistungen (Einheiten) wie vorstehend, totale Unterfütterung eines partiellen Zahnersatzstückes, Obturator
- e) Totale Unterfütterung totaler Zahnersatzstücke

4. Metallgerüstprothesen – Neuherstellung

einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufrufen und Zahnklammern (die Zähne werden zusätzlich nach dem jeweiligen Honorartarifsatz gemäß Punkt 2 lit. b abgegolten)

5. Reparaturen an Metallgerüstprothesen

- a) Anlöten einer Retention, Klammer oder Aufruhe
- b) Zwei Leistungen gemäß a), Reparatur eines Metallbügels oder einer fortgesetzten Klammer

c) Mehr als zwei Leistungen gemäß a) oder b), Erweiterung der Metallbasis

6. Verblend-Metall-Keramikkrone (VMK)

an Klammerzähnen (parallelisiert) mit den notwendigen Aufrufen, Schultern bzw. Abstützungen inklusive Verbindungen und Lötstellen

7. Voll-Metallkrone (VG)

an Klammerzähnen bei Teilprothesen (Vollgusskronen und Bandkronen mit gegossener Kaufläche)

**Kostenzuschüsse für außervertragliche Leistungen
im Bereich Zahnbehandlung und Zahnersatz
in besonderen medizinischen Fällen**

Für nachstehende Leistungen leistet die Kasse Kostenzuschüsse in folgender Höhe:

I. Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung

gemäß § 32 Abs. 2

- | | |
|---|----------|
| 1. Inlays aus Gold oder Keramik | |
| a) Einflächenfüllung | 98,84 € |
| b) Zweiflächenfüllung | 139,53 € |
| c) Dreiflächen- oder Mehrflächenfüllung | 162,79 € |
| 2. Onlay aus Gold oder Keramik
(Höckerdeckung) | 215,11 € |

II. Unentbehrlicher Zahnersatz

gemäß § 35 Abs. 2

- | | |
|--|---------|
| 1. Differenzzuschuss bei Metallgerüst
prothesen für anderes geeignetes
Material (z. B. Titan) | 29,07 € |
| 2. Differenzzuschuss bei Kunststoff-
prothesen für anderes geeignetes
Material (z. B. methacrylatfreier
Kunststoff) | 23,62 € |
| 3. Funktionell notwendiges Halteelement
für abnehmbaren Zahnersatz (z. B. Steg,
Druckknopf, Anker u. a.) | 23,24 € |

gemäß § 35 Abs. 5 (in den Fällen des § 31 Abs. 3 2. Satz)

- | | |
|-------------------------------------|---------|
| 4. Stiftverankerung pulpal gegossen | 63,08 € |
|-------------------------------------|---------|

5. Keramikfacettierte Krone (VMK) im sichtbaren Bereich	159,88 €
6. Brückenglied Porzellan verblendet im sichtbaren Bereich	101,72 €
7. Vollgusskrone (Metallkrone)	99,40 €
8. Brückenglied Metall (Vollguss)	79,94 €
9. Implantat im Zusammenhang mit einem abnehmbaren Zahnersatz oder einem aus medizinischen Gründen notwendi- gen festsitzenden Zahnersatz	152,60 €

Die oben angeführten Beträge sind um die anteilige Umsatzsteuer zu erhöhen, wenn in der Rechnung über die Leistung eine Umsatzsteuer ausgewiesen ist.

**Zahnmedizinische Leistungen gemäß § 32 Abs. 3,
die über den Leistungsumfang der
Anhänge 1 und 2 hinausgehen**

Folgende Leistungen werden entsprechend den Tarifen, die im Anhang zum Vertrag der Kasse mit den Vertragseinrichtungen jeweils vorgesehen sind, und unter den im Vertrag dafür festgelegten Voraussetzungen als Sachleistung erbracht:

I. Leistungen der Zahnbehandlung

1. Probeexcision
2. Injektionsbehandlung bei Trigeminusneuralgie, inklusive Arznei, je Injektion
3. Erste Röntgenaufnahme des Schädels (Fernröntgen)
4. Jede weitere Aufnahme des Schädels (Fernröntgen)
5. Luxation eines Kiefergelenkes; konservative (unblutige) Reposition
6. Fibrinklebung inklusive Fibrinkleber
7. Verblockung pro Quadrant bei Parodontalbehandlung
8. Verschiebelappenoperation (Wiedmann – Neumann), Flapoperation pro Sextant
9. Chirurgische Fremdkörperentfernung
10. Replantation eines Zahnes mit Schienung
11. Drainage der Kieferhöhle
12. Endoskopie der Kieferhöhle
13. Vestibulumplastik
14. Narkose/erste Stunde

15. Narkose/weitere Stunden
16. Entfernung eines Speichelsteines
17. Neuro-Anastomose
18. Neuro-Transposition

II. Zusatzleistungen für medizinische Sonderfälle gemäß § 31 Abs. 3 2. Satz

1. Freilegung eines retinierten Zahnes mit Anschlingen
2. Transplantation eines Zahnes
3. Entfernung eines Implantats
4. Freilegung eines retinierten Zahnes
5. Chirurgische Kronenverlängerung
6. Gingivektomie pro Quadrant
7. Augmentation mit autologem Transplantat
8. Augmentation oder Reduktion/Quadrant
9. Augmentation oder Reduktion Einzelzahn
10. Osteotomie klein
11. Osteotomie groß
12. Implantoplastik
13. Jochbeinimplantate
14. Temporäres Implantat

**Zuzahlungen für unentbehrlichen Zahnersatz
gemäß § 35 Abs. 5**

Die Zuzahlung des/der Versicherten (Angehörigen) zu den Kosten des unentbehrlichen Zahnersatzes beträgt:

- | | |
|--|------|
| 1. für die Neuanfertigung von Kunststoffprothesen | 50 % |
| 2. für | |
| - die Neuanfertigung von Metallgerüstprothesen einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufrufen und Zahnklammern | 50 % |
| - die erforderlichen Zähne | 50 % |
| 3. für Reparaturen zu Z 1 und 2 | 50 % |
| 4. für | |
| - Voll-Metallkronen an Klammerzähnen | |
| - Verblend-Metall-Keramikkronen bei Teilprothesen | 50 % |

der mit den Vertragszahnbehandlern/Vertragszahnbehandlerinnen jeweils vereinbarten Tarifsätze.

**I. Zuzahlungen bzw. Zuschüsse bei Kieferregulierungen
gemäß § 33 Abs. 1 und 2**

Die Zuzahlung der/des Versicherten bzw. Angehörigen zu den Kosten von kieferorthopädischen Behandlungen auf der Basis abnehmbarer Geräte (§ 33) beträgt bei vertraglichen Leistungen

- | | |
|------------------------|------|
| 1. pro Behandlungsjahr | 50 % |
| 2. für Reparaturen | 50 % |

der mit den Vertragszahnärzten/Vertragszahnärztinnen (zahnärztlichen Vertrags-Gruppenpraxen, Zahnärzten/Zahnärztinnen in Vertrags-Gruppenpraxen, Vertragseinrichtungen) jeweils vereinbarten Tarifsätze.

**II. Kostenzuschuss für kleine kieferorthopädische Behelfe
gemäß § 33 Abs. 3**

Für nachstehende Leistungen leistet die Kasse Kostenzuschüsse in folgender Höhe:

- | | |
|---|---------|
| 1. Schiefe Ebene, Platzhalter, individuell gefertigte Mundvorhofplatte inkl. Anpassung und Nachkontrolle, sofern nicht innerhalb eines Jahres nach Ende des Einsatzes dieses Behelfes mit der kieferorthopädischen Behandlung begonnen wird | 49,05 € |
| 2. Positioner inkl. Anpassung und Nachkontrolle für ein Jahr | 72,67 € |
| 3. Individuell gefertigter Retainer (insbesondere Kleberetainer) pro Kiefer inkl. Anpassung und Nachkontrolle als einmalige Zuschussleistung nach Abschluss einer kieferorthopädischen Behandlung | 49,05 € |

Die oben angeführten Beträge sind um die anteilige Umsatzsteuer zu erhöhen, wenn in der Rechnung über die Leistung eine Umsatzsteuer ausgewiesen ist.

III. Kostenzuschuss nach § 39

Die Kasse leistet für Leistungen nach § 34 Abs. 2 Z 3 (kieferorthopädische Hauptbehandlung) bei Fehlen einer regional ausgewogenen Versorgung einen Kostenzuschuss von 50 % des Vertragstarifs für die kieferorthopädische Behandlung nach § 33 auf Basis abnehmbarer Geräte mit dreijähriger Behandlungsdauer.

Kostenzuschüsse gemäß § 38 Abs. 1 bei Fehlen vertraglicher Regelungen

1. Für die Behandlung durch einen nicht-ärztlichen Psychotherapeuten/eine nicht-ärztliche Psychotherapeutin

a) für eine Einzelsitzung zu 60 Minuten	21,80 €
b) für eine Einzelsitzung zu 30 Minuten	12,72 €
c) für eine Gruppensitzung (maximal 10 Personen) zu 90 Minuten pro Person	7,27 €
d) für eine Gruppensitzung (maximal 10 Personen) zu 45 Minuten pro Person	5,09 €

Ein Kostenzuschuss ist aber nur dann zu gewähren, wenn nachweislich bestätigt ist, dass der/die Patient/in im selben vertragsärztlichen Abrechnungszeitraum und jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung (Sitzung) ärztlich untersucht wurde.

2. Für physiotherapeutische Krankenbehandlung

Heilgymnastik – Einzel

Minstdauer 30 Minuten 13,30 €

Minstdauer 45 Minuten 19,99 €

Heilgymnastik in der Gruppe (max. 5 Personen)

Minstdauer 30 Minuten 5,38 €

Heilgymnastik bei neurologischen Erkrankungen

Minstdauer 45 Minuten 22,17 €

Minstdauer 60 Minuten 29,65 €

Ausbildungsnachweis erforderlich

Manuelle Lymphdrainage

Mindestdauer 45 Minuten 18,89 €
bei primärem oder ausgeprägtem postoperativem Lymphödem
Ausbildungsnachweis erforderlich

Manuelle Heilmassagen

Mindestdauer 15 Minuten 5,89 €
Mindestdauer 30 Minuten 11,85 €

Hippotherapie

Mindestdauer 60 Minuten 29,65 €
Ausbildungsnachweis erforderlich

Hausbesuch

(ärztliche Verordnung erforderlich)..... 17,59 €

Schwellstrom

Mindestdauer 10 Minuten 2,45 €

Exponentialstrom

Mindestdauer 10 Minuten 2,45 €

Niederfrequenztherapie (Faradisation,
Galvanisation, Impulsgalvanisation,
Kaltquartzlicht, Reizstrom)

Mindestdauer 10 Minuten 2,45 €
0 - 1 000 Hertz

Mittelfrequenztherapie (Stereodynam.
bzw. Interferenzströme)

Mindestdauer 10 Minuten 1,82 €
1 000 - 100 000 Hertz

Hochfrequenztherapie (Microwelle, Kurzwellen)

Mindestdauer 10 Minuten 1,34 €
über 100 000 Hertz

Iontophorese

Minstdauer 15 Minuten 2,62 €

Zellenbad

Minstdauer 10 Minuten 2,62 €

Ultraschalltherapie

Minstdauer 5 Minuten 2,59 €

Wärmetherapie feucht

Minstdauer 15 Minuten 4,40 €

Unterwasserheilgymnastik – Einzel

Minstdauer 20 Minuten 11,44 €

Unterwasserdruckstrahlmassage

Minstdauer 10 Minuten 7,35 €

Allgemeine Bestimmungen für Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen:

Für Behandlungen, die länger als die jeweils vorgegebene Mindestbehandlungszeit dauern, wird über den festgesetzten Kostenzuschuss hinaus keine Vergütung geleistet.

3. Für Krankenbehandlung durch freiberufliche Heilmasseure/Heilmasseurinnen

Manuelle Heilmassage

pro Sitzung

Minstdauer 10 Minuten 2,00 €

Manuelle Lymphdrainage

bei primären oder sekundären Lymphödemen

Minstdauer 45 Minuten 8,00 €

Hausbesuch

(ärztliche Verordnung erforderlich) 17,59 €

Apparative Druckwellenmassage

(Expressionssystem mit intermittierenden Druckwellen, zur Entstauungstherapie der Extremitäten)

Mindestdauer 45 Minuten 3,50 €

Unterwasserdruckstrahlmassage

Mindestdauer 10 Minuten 2,50 €

Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen
Geräten: Ultrareizstrom, Faradisation, dia-
dynamischer Strom

Mindestdauer 10 Minuten 1,00 €

Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen
Geräten: Schwellstrom, Impulsgalvanisation,
Hochvolttherapie

Mindestdauer 20 Minuten 1,50 €

Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen
Geräten: Exponentialstrom

Mindestdauer 15 Minuten 1,50 €

Niederfrequenztherapie mit batteriebetriebenen
Geräten: z. B. niederfrequente Wechselströme,
TENS (transkutane Nervenstimulation)

Mindestdauer 20 Minuten 1,50 €

Niederfrequenztherapie:
Iontophorese, Galvanisation

Mindestdauer 20 Minuten 1,50 €

Niederfrequenztherapie:
Zwei- oder Vierzellenbad

Mindestdauer 20 Minuten 1,50 €

Hydroelektrisches Vollbad (Stanger-Bad)

Mindestdauer 20 Minuten 4,20 €

Mittelfrequenztherapie:
z. B. Stereodyn, Strom, Interferenzstrom,
Nemectrodyn, Wymoton

Mindestdauer 15 Minuten 1,50 €

Hochfrequenztherapie:
Kurzwelle, Microwelle, Dezimeterwelle

Mindestdauer 10 Minuten 1,00 €
Mehr als zwei Regionen nur mit besonderer
medizinischer Begründung

Ultraschalltherapie

Mindestdauer 5 Minuten pro Region
höchstens zwei Regionen 1,20 €

Trockene Wärmebehandlung:
Infrarot, Rot-, Blau-, Glüh-, Teil-,
Quarzlicht, Sollux, Heißluft

Mindestdauer 10 Minuten 0,50 €

Feuchte Wärmebehandlung:
Moor, Paraffin, Fango, Parafango

Mindestdauer 20 Minuten 2,00 €

Kryotherapie:
Kryopackungen - z. B. Kryogel, Coldpack Langzeit

Mindestdauer 20 Minuten 1,50 €

Munaripackung

Mindestdauer 20 Minuten 2,00 €

Medizinalbad mit Zusatz:
z. B. Sole-, Schwefel-, Moorschweb-
stoff-, Kohlensäurebad

Mindestdauer 20 Minuten 3,20 €

Allgemeine Bestimmungen für Heilmasseure/Heilmasseurinnen:

1. Für Behandlungen, die länger als die jeweils vorgegebene Mindestbehandlungszeit dauern, wird über den festgesetzten Kostenzuschuss hinaus keine Vergütung geleistet.

2. Für Leistungen der Hydro- und Balneotherapie sowie der Elektrotherapie sind Kostenzuschüsse nur bei Vorliegen einer Spezialqualifikation nach § 60 MMHmG oder eines nach diesem Gesetz vorgesehenen Ausnahmetatbestandes zu gewähren, wenn die Berechtigung zur Erbringung dieser Leistungen im Berufsausweis nachgewiesen wird.

4. Für medizinische Hauskrankenpflege durch diplomiertes Pflegepersonal

Für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege leistet die Kasse pro Besuch Kostenzuschüsse in folgender Höhe:

1. Grundbetrag für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege bis zur Dauer von 45 Minuten 8,64 €
2. Für jede weitere volle Viertelstunde erhöht sich der Kostenzuschuss um 2,88 €

5. Für Heilbehelfe und Hilfsmittel

Die Höhe der Kostenzuschüsse wird nach den besonderen Umständen des Einzelfalles unter Bedachtnahme auf das wirtschaftliche Bedürfnis der/des Versicherten festgelegt; dabei ist insbesondere auch das bei vergleichbaren Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen übliche Verhältnis zwischen Vertragstarifen und Marktpreisen zu berücksichtigen. § 28 und § 43 Abs. 1 bis 3 der Satzung sind bei der Festlegung des Kostenzuschusses zu berücksichtigen.

**Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von
Nichtvertragsärzten/Nichtvertragsärztinnen
(Wahlärzten/Wahlärztinnen) gemäß § 23 Abs. 1**

Positionsnummer	Betrag
Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin	
12	6,34 €
19	8,32 €
829	0,08 €
884	0,38 €
920	1,10 €
Laborpunktewert	0,0768 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Augenheilkunde	
7	5,98 €
19	8,30 €
232	4,37 €
234	13,56 €
235	503,17 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Chirurgie	
7	5,82 €
19	3,53 €
627	20,35 €
Laborpunktewert	0,1826 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Dermatologie	
19	6,46 €
601	1,98 €
602	4,77 €
610	29,33 €
922	11,79 €
Laborpunktewert	0,1710 €

Positionsnummer	Betrag
Fachärzte/Fachärztinnen für Gynäkologie	
7	5,98 €
19	6,39 €
538	7,88 €
829	1,03 €
Laborpunktwert	0,1616 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Innere Medizin	
7	5,93 €
19	5,70 €
617	29,60 €
618	22,75 €
619	21,63 €
621	2,98 €
622	59,81 €
626	19,32 €
627	21,07 €
631	27,18 €
829	0,04 €
884	0,47 €
920	2,08 €
Laborpunktwert	0,0706 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Kinderheilkunde	
7	5,81 €
19	7,46 €
621	2,90 €
829	0,43 €
884	0,74 €
920	2,49 €
Laborpunktwert	0,1455 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Laryngologie	
19	7,48 €

Positionsnummer	Betrag
Fachärzte/Fachärztinnen für Laryngologie	20,79 €
334	1,91 €
339	
340	3,56 €
341	9,10 €
398	9,84 €
399	9,72 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Lungenheilkunde	
7	5,96 €
19	5,34 €
661	45,58 €
662	28,90 €
Laborpunktewert	0,1695 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Neurologie und Psychiatrie	
7	5,94 €
19	6,10 €
690	20,52 €
695	34,39 €
696	33,14 €
697	63,74 €
699	42,34 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Orthopädie	
7	5,71 €
19	3,52 €
135	9,40 €
479	14,61 €
Laborpunktewert	0,1394 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Unfallchirurgie	
7	5,98 €
19	4,51 €

Positionsnummer	Betrag
Fachärzte/Fachärztinnen für Urologie	
19	7,25 €
548	13,88 €
572	8,42 €
920	2,00 €
Laborpunktwert	0,1191 €

**Kostenzuschüsse bei Inanspruchnahme von
Wahl-Gruppenpraxen gemäß § 23 Abs. 2 bzw. Kostenzuschüsse bei
Fehlen vertraglicher
Regelungen mit den Gruppenpraxen gemäß § 40**

Positionsnummer	Betrag
Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin	
12	5,71 €
19	7,49 €
829	0,07 €
884	0,34 €
920	0,99 €
Laborpunktewert	0,0691 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Augenheilkunde	
7	5,38 €
19	7,47 €
232	3,93 €
234	12,20 €
235	452,85 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Chirurgie	
7	5,24 €
19	3,18 €
627	18,32 €
Laborpunktewert	0,1644 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Dermatologie	
19	5,82 €
601	1,78 €
602	4,29 €
610	26,39 €

Positionsnummer	Betrag
Fachärzte/Fachärztinnen für Dermatologie	
922	10,62 €
Laborpunktwert	0,1539 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Gynäkologie	
7	5,38 €
19	5,75 €
538	7,09 €
829	0,93 €
Laborpunktwert	0,1454 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Innere Medizin	
7	5,34 €
19	5,14 €
617	26,64 €
618	20,48 €
619	19,47 €
621	2,69 €
622	53,82 €
626	17,38 €
627	18,97 €
631	24,46 €
829	0,03 €
884	0,42 €
920	1,87 €
Laborpunktwert	0,0636 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Kinderheilkunde	
7	5,22 €
19	6,72 €
621	2,62 €
829	0,39 €
884	0,67 €
920	2,24 €

Positionsnummer	Betrag
Laborpunktewert	0,1310 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Laryngologie	
19	6,73 €
334	18,71 €
339	1,72 €
340	3,20 €
341	8,19 €
398	8,86 €
399	8,74 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Lungenheilkunde	
7	5,36 €
19	4,81 €
661	41,02 €
662	26,02 €
Laborpunktewert	0,1526 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Neurologie und Psychiatrie	
7	5,35 €
19	5,50 €
690	18,46 €
695	30,95 €
696	29,83 €
697	57,37 €
699	38,11 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Orthopädie	
7	5,14 €
19	3,17 €
135	8,46 €
479	13,14 €
Laborpunktewert	0,1255 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Unfallchirurgie	
7	5,38 €

Positionsnummer	Betrag
19	4,06 €
Fachärzte/Fachärztinnen für Urologie	
19	6,52 €
548	12,49 €
572	7,58 €
920	1,80 €
Laborpunktewert	0,1072 €

**Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von
Nichtvertragsinstituten für physikalische Medizin
(Wahlinstituten für physikalische Medizin)
gemäß § 27 Abs. 2**

Leistung	Betrag
Manuelle Heilmassage (10 – 15 Minuten)	5,59 €
Manuelle Lymphdrainage bei primärem oder ausgeprägtem postoperativem Lymphödem (mind. 45 Minuten)	18,25 €
Heil- bzw. Krankengymnastik – Einzeltherapie (mind. 30 Minuten)	18,90 €
Heil- bzw. Krankengymnastik – Einzeltherapie (mind. 20 Minuten)	12,49 €
Heil- bzw. Krankengymnastik – Gruppentherapie (mind. 30 Minuten), max. 5 Personen	5,70 €
Heil- bzw. Krankengymnastik – Gruppentherapie (mind. 20 Minuten), max. 5 Personen	3,88 €
Heil- bzw. Krankengymnastik – Einzeltherapie bei besonderer medizinischer Indikation, die eine längere Behandlungszeit erfordert, z. B. bei neurologischen Erkrankungen, Polytraumen usw. (mind. 45 Minuten)	27,00 €
Heil- bzw. Krankengymnastik – Einzeltherapie an cerebralparetischen Kindern (0 – 15 Jahre) mit signifikanten Störungen der Sensomotorik mittels Bobath- und/oder Vojtatechnik sowie an Patienten/Patientinnen mit Cerebralparese, Hemiplegie, Schädelhirntrauma oder Querschnittssymptomatik (mind. 60 Minuten)	35,10 €
Extension mit automatisch arbeitenden Geräten, inkl. aller sonstigen mit dem Gerät gleichzeitig angewandten physikalischen Behandlungen (mind. 15 Minuten)	2,82 €
Wärmetherapie trocken (mind. 10 Minuten)	1,93 €
Wärmetherapie feucht (mind. 15 Minuten)	7,46 €

Leistung	Betrag
Kryotherapie (mind. 15 Minuten)	2,12 €
Schwellstrom (mind. 10 Minuten)	4,16 €
Niederfrequenztherapie (mind. 10 Minuten, 0 – 1 000 Hertz; Faradisation, Galvanisation, Impulsgalvanisation, Reizstrom, niederfrequente Wechselströme, transkutane Nervenstimulation, frequenzmodulierte Ströme, Microdyn-Hochvolttherapie, Neodynamische Ströme, Diodynamische Ströme)	4,16 €
Zellenbad (mind. 10 Minuten)	4,46 €
Exponentialstrom (mind. 10 Minuten)	4,17 €
Iontophorese (mind. 15 Minuten)	4,46 €
Mittelfrequenztherapie (mind. 10 Minuten, 1 000 – 100 000 Hertz; Stereodynamische und Interferenzströme, Wymoton, Nemectrodyn)	3,10 €
Hochfrequenztherapie (mind. 10 Minuten, über 100 000 Hertz; Kurzwelle, Microwelle, Dezimeterwelle, Kaltquarz)	2,26 €
Kombinierte Anwendung verschiedener Frequenzbereiche mittels eines Gerätes (mind. 10 Minuten)	4,30 €
Ultraschalltherapie (mind. 5 Minuten)	4,40 €
Aerosolinhalation (mind. 10 Minuten)	2,64 €
Unterwasserdruckstrahlmassage (mind. 10 Minuten)	12,49 €
Medizinalbad mit Zusatz, z. B. Sole, Schwefel (mind. 15 Minuten)	8,54 €
Moorschwebstoffbad (mind. 15 Minuten)	8,54 €
Kohlensäurebad (mind. 15 Minuten)	8,86 €
Hydroelektrisches Vollbad (mind. 15 Minuten)	8,12 €

**Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von
Nichtvertragsinstituten für CT- und
MR-Untersuchungen (CT- und MR-Wahlinstituten)
gemäß § 27 Abs. 3**

Leistung	Betrag
CT-Untersuchung	68,41 €
MR-Untersuchung	126,32 €

**Kostenzuschuss gemäß § 25 Abs. 2 und
Kostenersatz gemäß § 47 Abs. 2 der Satzung
bei Fehlen von vertraglich festgelegten Tarifen**

I. Kostenzuschuss gemäß § 25 Abs. 2

Die Kasse leistet einen Kostenzuschuss für Berge- und Transportkosten nach Arbeitsunfällen von Schülern/Schülerinnen (z. B. Schulschikurse) in der Höhe von 72,00 €, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

II. Kostenersatz gemäß § 47 Abs. 2

Für einfache Krankentransporte gemäß § 47 Abs. 3 Z 2 lit. a mit Ausnahme von Transporten

- in besonders begründeten Fällen von Dauerbehandlungen (Dialysebehandlungen, Chemotherapie, Strahlenbehandlungen und dergleichen) bzw.
- zur ärztlichen Versorgung solcher Personen, die wegen einer Verletzung oder einer Gesundheitsstörung erster ärztlicher Hilfe bedürfen,

ersetzt die Kasse für die eigentliche Transportstrecke Kosten in der Höhe des halben amtlichen Kilometergeldes, mindestens jedoch in Höhe von 2,00 €.